

Kamervragen Jaarverslag 2005

1. *Met welke omvang zijn de wachtlijsten per sector in de AWBZ afgenomen en hoeveel meer geld en meer productie was hiervoor per sector nodig?*

In 2005 zijn de wachtlijsten verpleging en verzorging in beperkte mate afgenomen en in de gehandicaptensector licht toegenomen.

In de GGZ-sector was sprake van een toename van de wachtlijsten met 5%. Het zorggebruik groeide met 7%. Dat de wachtlijst niet evenveel is opgelopen komt door een stijging van de productie.

In de gehandicaptensector is de zorgproductie met ca. 1,5% toegenomen. In de V&V-sector is een toename zichtbaar bij de extramurale zorg (ruim 4%) en de verpleeghuizen (ruim 3%). Het volume van de verzorgingshuizen is iets afgenomen (-0,5%).

Door de toename van de productie in de V&V- en gehandicaptensector is de omvang van de wachtlijsten gestabiliseerd.

De wachtlijstmutaties zijn tot stand gekomen binnen financiële afspraken die in het kader van het convenant AWBZ zijn gemaakt. Meer in algemene zin wordt in het antwoord op vraag 9 ingegaan op de uitgavenontwikkelingen per sector.

2. *Hoeveel geld is er in 2005 besteed aan betere kwaliteit in de AWBZ en welke resultaten heeft dat concreet opgeleverd?*

In 2005 is een bedrag van € 15 miljoen ingezet om de zorg aan patiënten met een hoge zorgzwaarte te verbeteren. Dit heeft geleid tot een CTG-beleidsregel op grond waarvan er productieafspraken konden worden gemaakt over toeslagen op verpleegdagen voor een viertal groepen. Er is een toeslag afgesproken voor 8.296 dagen zorg ten behoeve van comapatiënten, voor 22.320 dagen zorg ten behoeve van patiënten met chronische ademhalingondersteuning, voor 69.124 dagen zorg en behoeve van patiënten met Chorea van Huntington en voor 31.954 dagen zorg ten behoeve van reumapatiënten.

Hoeveel patiënten met een hoge zorgzwaarte er zijn en hoeveel intensivering er nodig is voor deze groep is thans nog niet duidelijk. In 2006 zijn voor de vier voornoemde categorieën met hoge zorgzwaarte aanzienlijk meer productieafspraken gemaakt dan in 2005 en zijn er tevens 5 nieuwe categorieën toegevoegd.

3. *Hoeveel mensen werkten er eind 2005 in de zorg? Welke productiviteitsverbetering heeft plaatsgevonden en welke projecten met welke financiën zijn daartoe ingezet? Wat kan verder op dit front verwacht worden?*

In 2005 waren 1.150.393 personen werkzaam in zorg en welzijn. (Zie hiervoor tevens de tabel als antwoord op vraag ARK 22.) Over 2005 zijn nog geen gegevens voor handen met betrekking tot de (arbeids)productiviteit in de zorg.

Het beleid van de overheid is primair gericht op het creëren van randvoorwaarden waardoor verschillende partijen in het zorgveld worden gestimuleerd effectief en efficiënt te werken. Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 zijn hierin belangrijke stappen gezet. Ook de ontwikkelingen in de AWBZ (prestatiebekostiging, transparantie, vraagsturing, centrale indicatiestelling) en de invoering van de Wmo (beoogd 1 januari 2007) zijn gericht op het creëren van goede randvoorwaarden voor innovatief, efficiënt en effectief werken. Naast het creëren van randvoorwaarden is het beleid van de overheid er op gericht om door middel van stimuleringsmaatregelen en het verspreiden van goede voorbeelden instellingen te stimuleren innovatief, efficiënt en effectief te werken. In het veld zijn er veel goede voorbeelden te ontdekken. Voor de cure is voortvarend gewerkt aan het "Sneller Beter Programma" gericht op het verhogen van de transparantie, doelmatigheid en de kwaliteit van de curatieve zorg (uitgaven in 2005: ongeveer € 2,6 miljoen). Op 21 december 2005 hebben wij een brief (kenmerk CZ/B-2639345) aan de Tweede Kamer gestuurd over de voortgang van dit programma. Voor de care is er verder gewerkt aan het programma "Zorg Voor Beter" (onder regie van ZonMW) gericht op het verhogen van de kwaliteit van de geleverde zorg in de care sector. Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de care sector maakt hier een integraal onderdeel van uit.

Naast “zorg voor beter” en “sneller beter” zijn er nog meer initiatieven gericht op het verhogen van de effectiviteit en efficiency in de zorg. In 2005 is bijvoorbeeld begonnen met het rijksbrede actieprogramma “Maatschappelijke sectoren en ICT” gericht op het beter benutten van innovatieve ICT toepassingen. Bij dit programma, dat wordt gecoördineerd door het ministerie van Economische Zaken, is het ministerie van VWS nauw betrokken. Voor de sector zorg zijn verschillende actielijnen uitgezet welke de komende jaren (het programma loopt tot en met 2009) zullen worden uitgevoerd (voor het totale actieprogramma, dus niet alleen voor de zorg, is € 80 miljoen beschikbaar). Op het gebied van ondersteunende ICT toepassingen is er de afgelopen jaren gewerkt aan de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), wat zal leiden tot efficiencywinst in het zorgproces.

4. Hoe groot is de wachtlijst voor verzorgingshuizen per regio?

Er wordt geen afzonderlijke wachtlijst bijgehouden voor verzorgingshuizen per regio. Uit cijfers van CVZ blijkt dat landelijk 35.899 (stand per 1-1-2005) personen wachten op plaatsing in een verzorgings- of verpleeghuis. 90-95% van deze personen is overigens tevreden met de aangeboden overbruggingszorg en blijven met de deze verleende zorg liever thuis wonen dan dat ze worden opgenomen.

5. Hoeveel extra verzorgingshuisplaatsen zijn in 2005 gecreëerd?

In 2004 is het aantal verzorgingshuisplaatsen met 1.000 gereduceerd (bron: CTG/Zorgkantoren). Uit de gegevens van de bouwprioriteitenlijst kan afgeleid worden hoeveel plaatsen er naar raming in enig jaar gerealiseerd zullen worden. Reductie van plaatsen komt slechts tot uitdrukking in de toelating van het CVZ. Aangezien deze laatste registratie achterloopt is het saldogegeven over 2005 nog niet bekend.

6. Hoeveel extra plaatsen in verpleeghuizen zijn in 2005 gerealiseerd? Is deze extra capaciteit in 2005 voldoende met het oog op de door de Gezondheidsraad voorspelde toename van dementen?

In 2004 zijn er ruim 800 verpleeghuisplaatsen gerealiseerd (bron: CTG/Zorgkantoren). Ik verwacht op basis van de bouwprioriteitenlijsten dat er in de loop van 2005 circa 1.275 nieuwe verpleeghuisplaatsen bijgekomen zijn. Beide groeicijfers geven aan dat het aantal nieuwe verpleeghuisplaatsen voldoende is om de door de Gezondheidsraad voorspelde groei te kunnen volgen. Zie ook het antwoord op vraag 172.

7. Welke verbetering van de privacy heeft het beleid gericht op het afschaffen van grote meerbedskamers tot gevolg gehad? Verloopt de afbouw van meerbedskamers conform raming? Zo nee, wat zijn de verschillen en waardoor worden deze verklaard?

De kwaliteit van een verpleeghuis wordt afgemeten aan factoren als onder andere de aanwezigheid van meerbedskamers (drie bedden of meer), de aanwezigheid van aangepast sanitair en de grootte van de woonkamers. De aanpak van meerbedskamers is gericht op het verbeteren van de ruimtelijke privacy door het afbouwen van drie- of meerpersoonskamers tot éénpersoons- of deelbare tweepersoonskamers. Hierdoor neemt de visuele en auditieve privacy voor de betreffende bewoner toe. Bij visuele privacy kan gedacht worden aan de omstandigheden bij lichamelijke verzorging. Bij auditieve privacy kan gedacht worden aan het ongestoord kunnen luisteren naar radio/TV en het ontvangen van bezoek. Tevens kan meer dan in een drie- of meerpersoonskamers een persoonlijk woon- en leefklimaat worden gecreëerd. Het is mijn beleid om in 2010 de bestaande drie- of meerpersoonskamers te hebben afgebouwd en te hebben vervangen door één- of deelbare tweepersoonskamers. Alle acties zullen gericht zijn op het ook daadwerkelijk halen van 2010.

Cijfermatig is op dit moment het volgende beeld zichtbaar:

Aantal plaatsen in drie- en meerpersoonskamers (afgeronde cijfers)				
	Mei 2006	Januari 2005	Juli 2003	Juli 2002

Driepersoonskamers	1.600 ^(*)	1.400	1.000	1.000
Vierpersoonskamers	13.800	15.700	17.400	18.100
Vijfpersoonskamers	500	500	900	1.200
Zespersoonskamers	800	1.100	1.500	1.700
Totaal	16.700	18.700	20.900	22.000

(*) De toename van het aantal driepersoonskamers wordt veroorzaakt door het bijplaatsen van bedden in reeds uitgedunde meerpersoonskamers in het kader van de wachtlijstaanpak en de uitdunning van vier- of meerpersoonskamers naar driepersoonskamers in afwachting van de definitieve afbouw naar één- of deelbare tweepersoonskamers.

Een brief waarin ik u uitgebreid inlicht over de stand van zaken en de te ondernemen acties op het gebied van de aanpak van meerpersoonskamers kunt u op korte termijn tegemoet zien.

8. *Zijn de uitgaven aan bouw (instandhouding, nieuwbouw, etc.) conform de begroting? Zo neen, waarom niet? Verwacht u als gevolg hiervan een inhaaleffect in de komende jaren?*

Neen, de uitgaven aan bouw zijn lager uitgevallen dan begroot.

De uitgaven van de bouw zijn gedefinieerd als de vergoedingen voor afschrijving- en rentekosten die in de jaarbudgetten zijn opgenomen. Pas na oplevering van een project worden de bijbehorende kosten in het budget vergoed. Het feit dat de uitgaven van de bouw lager zijn uitgevallen dan begroot, wordt dan ook veroorzaakt doordat projecten de verwachte oplevering in 2005 niet hebben gehaald. Deze projecten lopen echter al wel en zullen dan ook in 2006 en verder als nog worden opgeleverd. Lagere uitgaven aan bouw in 2005 zijn daarom incidentele meevallers.

9. *Wat is de omzet per sector in de AWBZ in 2003, 2004 en 2005 berekend aan de hand van a) de indicaties, b) de som van betalingen rechtstreeks aan de zorgverleners en de PGB's en c) de geheven eigen bijdragen? Waardoor worden de eventuele verschillen in berekeningswijze veroorzaakt? Welke berekening biedt de meest betrouwbare uitkomst?*

De omzet in de AWBZ is niet af te leiden uit de indicaties. Het aantal indicaties per jaar wijkt af van het aantal mensen in zorg per jaar, omdat er mensen in zorg zijn zonder dat ze dat jaar geïndiceerd zijn, sommige mensen meerdere keren per jaar geïndiceerd worden en CIZ bezig is cliënten zonder indicatie alsnog van een geldige indicatie te voorzien. Verder is het niet zo dat aan indicaties prijzen hangen.

De geheven eigen bijdragen geven alleen een indicatie van de omvang van de zorg in natura weer waarvoor de eigen bijdrage geldt. Als persoonsgebonden budget wordt het saldo tussen het berekende PGB en de berekende eigen bijdrage geadmistreerd, omdat de eigen bijdrage direct met het aan de cliënt over te maken bedrag verrekend wordt.

Een betrouwbare bron zijn de uitgaven voor AWBZ zorg, zoals opgenomen in de jaarverslagen van VWS, en gebaseerd op de gegevensleveringen van het CTG/ZAio.

De volgende uitgaven (in miljoenen euro's) per sector zijn in 2003, 2004 en 2005 (voorlopig cijfer) gedaan:

	2003	2004	2005
pgb	651,3	725,8	848,4
verpleging en verzorging	10.876,6	11.031,9	11,572,4
gehandicaptenzorg	4.243,7	4.567,6	4.801,2
geestelijke gezondheidszorg	3.036,1	3.456,3	3.634,3

10. *Wat is de stijging van het PGB (in aantallen en in percentage van de totale uitgaven in de AWBZ) over de jaren 2003, 2004 en 2005? Wijkt de groei af van de in de verschillende begrotingen voorziene groei? Wat betekent dit voor 2006?*

Uit 2003 waren er 62.557 oude en nieuwe stijl pgb-ers;

Uit 2004 waren er 67.958 oude en nieuwe stijl pgb-ers; een stijging van 8,6%;

Uit 2005 waren er 80.543 oude en nieuwe stijl pgb-ers; een stijging van 18,5%. Een deel van deze groei is veroorzaakt doordat er 5.333 ex-AAW-ers in 2005 zijn ingestroomd. Als men hiervoor corrigeert komt de groei uit op 10,7%.

In 2003 bedroeg het aandeel pgb 3,2% van de totale AWBZ uitgaven. In 2004 was dit 3,6% en in 2005 4,0%. In 2006 verwacht ik vooralsnog geen tekorten op het beschikbare bedrag voor pgb's. Op basis van de evaluatie die ik in juli verwacht over de eerste maanden van 2006, valt hier echter meer over te zeggen.

In 2003 en 2004 is er geen aparte begroting voor pgb's gemaakt. De pgb's, toen gedeeltelijk nog "oude stijl", maakten deel uit van de totale uitgaven in de sectoren verpleging, gehandicapten en geestelijke gezondheidszorg. Over 2003 bedroegen de uitgaven voor het pgb € 651,3 miljoen. Over 2004 was de realisatie € 725,8 miljoen. In de begroting voor 2005 is voor het eerst een aparte raming voor de pgb's opgenomen. Deze bedroeg € 889 miljoen. De voorlopige realisatie bedraagt € 848 miljoen. Dit cijfer kan echter in de loop van dit jaar nog wijzigen.

11. *Hoe verhoudt het convenant AWBZ zich tot de werkelijk geleverde AWBZ-productie in de convenantperiode? Zijn er regionale knelpunten geweest? Zo ja, tot welke bijstelling heeft dit geleid?*

De afspraken in het convenant AWBZ vormen het kader waarbinnen de productieafspraken zich bewegen en waarbinnen ook de AWBZ-productie valt. Voorzover er regionale knelpunten waren, heeft het lokaal overleg deze opgelost.

12. *Wat is de belangrijkste reden dat er nog geen concreet zichtbare verbeteringen zijn te bespeuren in het beheer van het subsidieproces? Hoe presteert VWS ten opzichte van de andere ministeries?*

In 2005 heb ik een plan van aanpak voor de verbetering van het subsidiebeheer opgesteld. De uitvoering van het plan van aanpak voor de verbetering van het subsidiebeheer ligt op schema, maar de verbeteracties hebben, gelet op de bij de Algemene Rekenkamer bekende planning, nog niet kunnen leiden tot een zichtbare vermindering van het aantal fouten in het subsidiebeheer. De aard van de verbeteracties brengt met zich mee dat er enige tijd overeen gaat voordat ze kunnen worden geïmplementeerd. Een voorbeeld daarvan is de nieuwe subsidieregelgeving, die per 1 juli 2006 zal ingaan. De nieuwe regelgeving sluit beter aan bij het nieuwe subsidiebeleid, zorgt voor een meer doelmatige procesgang en vermindert de administratieve lasten voor de subsidieontvangers. Andere verbeteracties zijn de invoering van een Subsidie Volg Systeem (SVS) en de oprichting van een intern Expertisecentrum subsidies. SVS start medio 2006 verbetert de managementinformatie, biedt mogelijkheden tot termijnbewaking en draagt bij aan een grotere mate van betrouwbaarheid van de volledigheid van de subsidiedossiers. Het Expertisecentrum subsidies voorziet de budgethouders van integraal advies betreffende de subsidiepraktijk. De advisering door het Expertisecentrum subsidies vindt plaats op vrijwillige basis, met uitzondering van nieuwe subsidieregelgeving die verplicht van een advies van het expertisecentrum moet worden voorzien. Er is onder andere aandacht voor het verkrijgen van een passende wettelijke grondslag. In 2006 is eveneens gestart met het strikter toepassen van de bestaande sanctieregels. Instellingen die niet tijdig of volledig de relevante subsidiebescheiden indienen bij VWS kunnen een sanctie tegemoet zien.

VWS is niet het enige departement met onvolkomenheden in het subsidiebeheer. Rijksbreed heeft de Algemene Rekenkamer geoordeeld dat er meer departementen zijn met onvolkomenheden of aandachtspunten op het gebied van subsidies.

13. *Waarom is de vraag "Hebben we gedaan wat we van plan waren te doen?" slechts in 23% procent van de gevallen beantwoord in het Jaarverslag 2005? Wat verklaart dit lage percentage en welke doelstelling legt u zich de komende jaren op?*

Het onderzoek van de Rekenkamer geeft een gemengd beeld. Enerzijds een verlaging van de scores van de Rekenkamer voor de eerste en tweede VBTB-vraag voor het jaarverslag 2005, anderzijds echter ook een verbetering van de score van de Rekenkamer voor de begroting 2006 (die ook in 2005 gemaakt is) bij de tweede VBTB-vraag "Wat gaan we daarvoor doen?"

De lagere scores van de Rekenkamer voor de tweede VBTB-vraag voor het jaarverslag 2005 lijkt vooral veroorzaakt te worden doordat het jaarverslag meer een uitzonderingsrapportage is geworden. De effectgegevens en de prestaties zijn per artikel zoveel mogelijk in een tabel samengevat. De samenvatting geeft – conform de rijksbegrotingsvoorschriften - weer of een voorgenomen beleidsprestatie gerealiseerd is, deels gerealiseerd is, of niet gerealiseerd is. Voor deze opzet is gekozen om het jaarverslag korter en leesbaarder te maken. Daarnaast was een deel van de effecten en prestaties in andere bewoordingen opgenomen dan in de begroting.

De samenvattende tabellen en de – soms – andere bewoordingen hebben tot de lagere score van de Rekenkamer voor het jaarverslag 2005 geleid.

Zoals gezegd heeft de Rekenkamer ook een verbetering van het VBTB-gehalte van de begroting 2006 gerapporteerd. Dat zal – naar verwachting - ook voor het jaarverslag 2006 het geval zijn. Voor het jaarverslag 2006 zal ik verder:

- gegevens over effecten en beleidsprestaties, zoals opgenomen in de begroting 2006, conform de aanbeveling van de Rekenkamer – waar mogelijk – in kwantitatieve termen weergeven;
- scherper letten op de aansluiting tussen begroting en jaarverslag; en
- in overleg met mijn collega van Financiën bezien of het mogelijk is om de mate van het realiseren van de operationele doelstellingen duidelijker te presenteren.

Op 6 maart jl. heb ik u bovendien geïnformeerd over de Begroting Nieuwe Stijl (brief d.d. 6 maart 2006, kenmerk FEZ-U-2660462) en op 24 mei jl. heeft mijn directeur FEZ u een nadere toelichting gegeven. In de begroting 2007 – die u in september ontvangt - wordt voor een nieuwe indeling gekozen en zijn voor alle algemene – en operationele doelstellingen een of meer prestatie-indicatoren gedefinieerd. Voor zover de hiervoor benodigde informatie nog niet beschikbaar is, zal bovendien worden aangegeven wanneer dat wel het geval zal zijn (comply or explain). Hiermee wordt een structurele verbetering aangebracht. In principe zou dat op termijn tot een score van 100% moeten leiden.

14. *"Om te voorkomen dat jongeren vroeg en te veel alcohol drinken,.....worden nageleefd": Hoe doet de VWA dit? Kan de minister een verantwoording afgeven van de activiteiten en resultaten van de VWA op dit terrein? Kan de minister ingaan op de brede kritiek die er leeft dat de VWA onvoldoende handhaaft?*

De Voedsel en Waren Autoriteit heeft bij alle regionale vestigingen zogenoemde Drank, Horeca en Tabak (DHT)-teams ingesteld. Bij deze teams, die uitsluitend belast zijn met de handhaving van de Drank- en Horecawet en de Tabakswet, werken thans in totaal 79 speciaal opgeleide controleurs. Elk van de 5 teams heeft een teamleider. Voorts zijn bij de VWA 9 andere medewerkers bij de handhaving van de Drank- en Horecawet en Tabakswet betrokken. Het gaat dan om 1 inspecteur, 6 signaleringsmedewerkers en 2 laboratoriummedewerkers.

In 2005 zijn door de gezamenlijke DHT-teams circa 32.000 inspecties uitgevoerd. Het betrof met name:

Basisinspecties: tabaksreclame, Drank- en Horecawetvergunning, verkoopverboden alcohol/tabak	12.000
Inspecties leeftijdsgrenzen alcohol en tabak	5.000
Inspecties rookverboden/rookvrije werkplek	13.000

Bij het bepalen van het toezichtregime richt de VWA zich op de resultaten van sociologisch onderzoek. Op basis daarvan zijn de activiteiten onder meer afgestemd op de "hotspots": locaties waar veel jongeren elkaar treffen en alcohol en tabak eenvoudig te krijgen zijn. Met de instelling van de 5 DHT-teams in 2001 is het aantal controleurs van de Drank- en Horecawet sterk toegenomen. Voordien waren er immers slechts 9 VWA controleurs. Uit onderzoek van Intraval weten we dat steeds meer jongeren aangeven dat het minder makkelijk is om aan alcohol te komen, omdat barkeepers en caissières een opmerking over hun leeftijd maken wanneer zij proberen alcohol te kopen. Ook geven ondernemers – vergeleken met 2001 – vaker aan controle van de leeftijd van jongeren belangrijk te vinden. Thans geeft 88% aan dit belangrijk te vinden (bij slijters zelfs 92%). Deze ontwikkelingen zijn onder meer te danken aan de inzet van de VWA. Toch vertaalt deze positieve attitude van de ondernemers zich nog onvoldoende naar de praktijk. Uit het onderzoek bleek namelijk ook dat jongeren die alcohol willen kopen daar nog steeds bijna altijd in slagen. Daarom is intensief toezicht, met name op "hotspots" en altijd gecombineerd met gerichte communicatie, van essentieel belang. Momenteel wordt onderzocht of en zo ja, hoe lokale toezichthouders bij de handhaving van de Drank- en Horecawet betrokken kunnen worden.

15. *Komt er nog een evaluatie van het voorlichtingstraject met betrekking tot de nieuwe zorgverzekering? Zo ja, wanneer? Zo neen, waarom niet?*

Ja. Ik heb eind mei opdracht gegeven aan de Rijksvoorlichtingsdienst de evaluatie in gang te zetten. Opzet is om de evaluatie van het voorlichtingstraject dit najaar gereed te hebben.

16. *Onder de drie voorwaarden ontbreekt "informatievoorziening aan de burger, opdat hij kan kiezen". Kan de minister deze voorwaarden nader uitwerken en aangeven wat er in 2005 concreet is gebeurd om de informatievoorziening te verbreden?*

Op pagina 15 van het Jaarverslag heb ik uitgebreid beschreven wat er in 2005 en in 2006 aan voorlichting is verricht. Onderdeel daarvan was ook de lancering van de website www.kiesBeter.nl. Deze site, ontwikkeld en beheerd door het RIVM, bood vanaf 6 december de mogelijkheid om polissen van verzekeraars met elkaar te vergelijken op prijs en kwaliteit. In de periode van 6 december tot 1 mei is de site bijna 2 miljoen maal bezocht. In de voorlichtingscampagne over de nieuwe zorgverzekering is in alle voorlichtingsmiddelen geattendeerd op www.kiesBeter.nl. Daarnaast heeft het RIVM de burger ook zelf geattendeerd op de site door middel van een bannercampagne en radiospots.

KiesBeter.nl verschaft burgers inzicht in de keuzes die ze kunnen maken in de zorg en biedt ze hiertoe relevante informatie. Vandaar de slogan "KiesBeter.nl wijst u de weg in de zorg". Eind 2005 bevatte de site naast zorgverzekeringen ook informatie over medicijnkosten, medische informatie, patiëntenbelangen en ziekenhuizen. In 2006 volgen onder meer verpleging en verzorging (reeds online), preventie, medicijnen en eerstelijnszorg. Tevens is in 2006 een telefoondienst van start gegaan en wordt het gebruik van de site in loketten en openbare gelegenheden zoals bibliotheken gestimuleerd.

17. *Hoeveel huishoudens hebben onterecht zorgtoeslag gekregen?*

Bij het definitief vaststellen van de voorschotten is gebleken dat voor 150.000 aanvragen het jaarbedrag berekend in het alternatieve scenario te hoog was.

	Lager bedrag	Via verrekening met lopende voorschotten	terugbetalen ivm lager voorschot	Terugbetalen ivm geen recht
Zorgtoeslag	150.000	45.000	30.000	75.000

Bij naar schatting 105.000 aanvragen bleek het na het definitief vaststellen niet meer mogelijk te verrekenen met openstaande termijnen. Zij hebben een verzoek tot terugbetaling ontvangen.

Ruim de helft van de gevallen gaat het om toeslagen die onrechtmatig blijken te zijn uitgekeerd. Deze mensen hebben geen recht op zorgtoeslag, maar hebben van december tot en met maart wel geld ontvangen. Zij moeten het volledige reeds ontvangen bedrag terug betalen.

18. *Wat zijn de invoeringskosten van het DBC-systeem over de afgelopen jaren? Naar schatting zijn 3-5 mensen extra aangenomen per ziekenhuis voor de uitvoering van het DBC-systeem. Wat zijn de totale landelijke kosten aan extra administratief personeel dat is aangetrokken ten behoeve van de uitvoering van het DBC-systeem?*

Zie het antwoord op vraag 87.

19. *Klopt het dat veel ingediende DBC's terugkomen van de administratie of zorgverzekeraar omdat er iets niet klopt? Hoeveel is dat naar schatting? Kan ook worden aangegeven hoeveel uren per week specialisten en assistentes kwijt zijn met registreren, valideren en herstellen van gemaakte fouten?*

De invoering van het DBC systeem is een omvangrijke administratieve operatie voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Bij ziekenhuizen heeft dit vooral in 2005 geresulteerd in uitval door onjuiste registratie en onvolkomenheden in het systeem. In de berekening van de incidentele administratieve lasten is rekening gehouden met deze periode van invoering. Geschat is dat ziekenhuizen, voor het beheersbaar maken van de uitval aan DBC's, € 839,5 mln hebben uitgegeven. In de brief aan de kamer (CZ/2661030, 24 februari 2006) met als bijlage de notitie over DBC's en administratieve lasten, alsmede het Actal advies hierop, heb ik u hier eerder over bericht. De verwachting is dat de aanloopproblemen in de loop van de tijd zullen afnemen door gewenning aan het systeem en verbeteringen die in het systeem worden doorgevoerd. Ook in het declaratieverkeer treden fouten op. Uit recente gegevens van ziekenhuizen blijkt echter dat het uitvalpercentage declaraties bij DBC's gelijk is aan wat het was ten tijde van declaratie van verrichtingen.

20. *Wat betekent het feit dat voor 10% van de ziekenhuiszorg door bekostiging op basis van DBC's € 40 miljoen méér is betaald dan in 2004 voor uitbreiding van het aantal DBC's?*

Zoals het CTG/ZAio ook aan geeft in zijn Oriënterende monitor ziekenhuiszorg is het moeilijk harde conclusies te trekken over het invoeringsjaar van vrije prijsvorming. Voor de introductie van het B-segment was het noodzakelijk om de bestaande budgetten aan te passen. De budgetten zijn verlaagd met de verwachte kosten van het B-segment. Hiervoor zijn door het CTG 'schoningsprijzen' per DBC berekend. De conclusie die getrokken kan worden, is dat de onderhandelde prijzen in het invoeringsjaar van vrije prijsonderhandelingen iets hoger liggen dan de gehanteerde schoningsprijzen.

Gezien deze onzekerheid zie ik de resultaten van 2005 meer als referentiejaar om de ontwikkelingen in de volgende jaren aan af te meten. Nog voor de zomer zal ik de Kamer informeren over de monitor van de DBC-invoering en de eerste resultaten van de prijsontwikkeling in het B-segment in 2006 ten opzichte van 2005.

21. *Hoe hard is de geschatte kostenstijging van € 40 miljoen? Wat is de marge van deze schatting? Heeft de minister zicht op de oorzaken van deze kostenstijging? Is deze te wijten aan kwaliteitsverbetering of gaan deze extra gelden naar salarisverhoging? In hoeverre speelt het verschijnsel upcoding hierbij een rol?*

De kostenstijging van € 40 miljoen is gebaseerd op een schatting van CTG/ZAio in de Oriënterende monitor ziekenhuiszorg van september 2005. De schatting is gebaseerd op basis van de contractinformatie van vrijwel alle verzekeraars. Ook is gebruik gemaakt van de standaardprijsslijsten die instellingen verplicht dienen op te stellen. Dit biedt naar alle waarschijnlijkheid een redelijk betrouwbaar beeld. CTG geeft een drietal redenen waarom dit een ruwe schatting is. Vanwege (1) onvolledige data, (2) onnauwkeurige weging en (3) waarde van leveringsvoorwaarden. Zo is een staffelkorting bijvoorbeeld niet meegenomen. Ik kan geen marges van deze schatting aangeven.

Er zijn helaas geen oorzaken aan te geven van deze geschatte prijsstijging. Er zijn geen indicaties dat upcoding een rol speelt. CTG/ZAio komt nog voor de zomer met een (vervolg) monitor van de DBC-invoering. Daar zal ook worden ingegaan op de voorlopige uitkomsten in 2006 ten opzichte van 2005. Ik zal de Kamer nog voor de zomer informeren over de uitkomsten van deze monitor.

22. Wordt het nieuwe declaratiesysteem huisartsen nog geëvalueerd? Zo ja, wanneer wordt deze evaluatie afgerond?

Op 1 januari 2006 is een nieuw bekostigingssysteem ingevoerd in de huisartsenzorg. In het Vogelaarakkoord hebben partijen afgesproken dat het nieuwe systeem gemonitord wordt gedurende 2 jaar.

23. Kan de minister aangeven in hoeverre de voorbeelden van goede zorgverlening door andere ziekenhuizen worden overgenomen? Zo neen, waarom niet?

De website Sneller Beter wordt zeer regelmatig (1000 maal per dag) geraadpleegd. Het onderdeel met goede voorbeelden wordt gemiddeld 50 maal per dag geraadpleegd. Dit deel van de site wordt maandelijks verversd en aangevuld met nieuwe beschrijvingen. Wat ziekenhuizen vervolgens doen met deze informatie wordt niet bijgehouden. De resultaten van de goede voorbeelden en bewezen verbeterinterventies, zoals die in pijler 3 in 24 ziekenhuizen worden toegepast, worden breed uitgezet. Momenteel wordt door het consortium van Sneller Beter, mede op basis van de onderzoeksgegevens van het NIVEL, een plan van aanpak opgezet, dat deze brede uitrol moet ondersteunen. We zien al veel initiatieven die de bedoelde brede uitrol en versnelde invoering van goede voorbeelden ondersteunen.

24. Hoeveel fysiotherapeuten hebben geen contract met een verzekeraar gesloten? Wat is nu de stand van zaken met betrekking tot de contracten van de fysiotherapeuten? Welke gevolgen voor de omzetontwikkeling van de fysiotherapeuten hebben de veranderingen gehad?

Uit de jongste rapportage van Ctg/ZAio blijkt dat het overgrote deel (90%) van de fysiotherapeuten een contract heeft gesloten met een zorgverzekeraar. Meer dan de helft van de fysiotherapeuten is tevreden over dit contract. Ook blijkt dat in toenemende mate gewerkt wordt met maatgesneden contracten. In 2006 hebben zorgverzekeraars met 15% van de fysiotherapeuten aparte contracten gesloten voor het leveren van specifieke behandelprogramma's of op specifieke doelgroepen gerichte behandelingen. In 2005 was daar in geen enkel geval sprake van en werd er uitsluitend met standaardcontracten gewerkt. Gedurende de looptijd van de proef met vrije prijsvorming zijn de tarieven met gemiddeld 23% gestegen, met een navenant forse omzetontwikkeling bij de fysiotherapeut.

25. Hoeveel en welke verzekeraars hebben fysiotherapeuten een standaardcontract laten tekenen zonder ruimte voor onderhandeling? In hoeveel gevallen was daarbij sprake van achteruitgang voor de fysiotherapeut?

In 2005 is uitsluitend gewerkt met standaardcontracten. Dat geldt voor alle zorgverzekeraars. Bij vraag 24 heb ik reeds aangegeven dat er geen sprake is van achteruitgang bij de fysiotherapeuten. Integendeel. Ondanks het feit dat er in de meeste gevallen nog met standaardcontracten wordt gewerkt zijn de tarieven met bijna een kwart gestegen sinds de aanvang van het experiment. Bij de contractering voor 2006 is er meer differentiatie ontstaan tussen de tarieven van de zorgverzekeraars onderling. Daardoor beschikt de fysiotherapeut over meer keuzevrijheid dan in 2005. Ook heb ik bij vraag 24 aangegeven dat voor 2006 15% van de fysiotherapeuten buiten de standaardcontracten om afzonderlijke contracten hebben getekend voor het leveren van specifieke behandelprogramma's. Deze ontwikkeling sluit aan bij de eveneens waargenomen tendens waarbij zorgverzekeraars vaker streven om met voorkeursaanbieders te gaan werken. Veelal fysiotherapeuten die gemotiveerd hebben geïnvesteerd in kwaliteitsontwikkeling, een patiëntvriendelijke behandelingsfilosofie, pro-actieve communicatie met de zorgverzekeraar en samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners in de eerstelijnszorg.

26. Welke verklaringen zijn mogelijk voor de daling van de vraag naar fysiotherapie?

Uit cijfers van het NIVEL blijkt dat in 2005, het eerste jaar van de proef met vrije prijsvorming, fysiotherapeuten evenveel behandelingen aan evenveel patiënten hebben gegeven. Sinds de daling van 6% als gevolg van mijn aanpassing van het ziekenfondspakket per 2004, is geen verdere vraagdaling opgetreden.

27. Welke verklaring is mogelijk voor de stijging van de tarieven van 13%, tijdens het experiment met vrije tarieven voor fysiotherapie? Gaat het om een prijsstijging die voorzien was? Was deze prijsstijging te voorkomen?

Ctg/ZAio geeft als redenen van de stijging een inhaalslag van achterstallige tarieven en de noodzaak van zorgverzekeraars om vanwege de zorgplicht voldoende zorg in te kopen. Het is niet mijn bedoeling geweest om door middel van het experiment prijsstijgingen te voorkomen dan wel te stimuleren. Het experiment is in het leven geroepen om zo realistisch mogelijk de effecten van vrije prijsvorming te monitoren. A priori ingrijpen mijnerzijds op basis van wel of niet gefundeerde wenselijke verwachtingen doet afbreuk aan de waarde van het experiment.

28. Kan de minister aangeven in hoeverre er selectief is gecontracteerd in 2005?

Circa 95% van alle ziekenhuiszorg is gecontracteerd door verzekeraars. Uit oriënterende monitor van het CTG blijkt dat in het startjaar zorgverzekeraars nog terughoudend zijn met selectieve contractering.

29. Is er enig zicht op de gevolgen van het loslaten van de contracteerplicht in 2005 voor 10% van de ziekenhuisproductie? De zorg is naar schatting € 40 miljoen duurder geworden, maar is de kwaliteit ook verbeterd? Is al bekend in hoeverre er gebruik wordt gemaakt van restitutie in geval er wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde aanbieder? Kan de minister een beeld geven van de ontwikkeling terzake in 2005?

Het is momenteel niet mogelijk om harde uitspraken te doen over mogelijke kwaliteitsverbeteringen in het B-segment. Er zijn wel positieve signalen dat de eerste stappen op weg naar onderhandelingen over kwaliteit zijn ingezet.

Circa 95% van de zorg in het B-segment is gecontracteerd. Circa 5% van de zorg in het B-segment is niet gecontracteerd. Als de zorg niet gecontracteerd is, geldt de standaardprijslijst van de instelling. Instellingen zijn verplicht een standaardprijslijst voor alle DBCs in het B-segment op te stellen. De tarieven van de standaardprijslijst zijn hoger dan de gecontracteerde prijzen. Verzekerden kregen in 2005 over het algemeen niet-gecontracteerde zorg volledig gerestitueerd.

30. Is er enig zicht op de aansluiting van het 2e op het 3e compartiment met betrekking tot de fysiotherapie? Verschillen de contracten van deze compartimenten? Zo ja, waarin?

Er zijn geen afzonderlijke contracten voor tweede en derde compartimentszorg. De zorgverzekeraar contracteert een fysiotherapeut voor het geheel van zijn zorgdomein.

31. Eind 2005 is bij Sneller Beter het innovatieprogramma care gestart. Wat zijn concrete speerpunten uit dat programma?

Het innovatieprogramma in het kader van 'Zorg voor Beter' vindt zijn basis in afspraken met de brancheorganisaties in het convenant AWBZ 2005 – 2007. Het inhoudelijke uitgangspunt bij deze afspraken is dat het dient te gaan om innovaties op terrein van bijvoorbeeld arbeidsproductiviteit of arbeidsinnovatie, nieuwe zorgmethodieken, cliënteninitiatieven en ICT ontwikkeling in de AWBZ zorg. Het programma wordt uitgevoerd langs drie sporen:

- Het ontwikkelen van innovaties voor de care in samenwerking met het bedrijfsleven.

SenterNovem heeft het afgelopen voorjaar een reeks bijeenkomsten georganiseerd om belangrijke innovatiethema's voor dit spoor te identificeren. Op dit moment wordt bezien hoe de inzet op deze thema's verder vorm moet krijgen.

- Het toepassen van beproefde innovaties door de zorgsector. Op dit spoor is ZonMW gestart met een aantal activiteiten zoals het inventariseren van goede voorbeelden, het ontwikkelen van een meetinstrument en het opzetten van proeftuinen.
- Het stimuleren van het innovatieve vermogen van de sector. Het instrument voor dit spoor is nog in ontwikkeling maar komt in essentie neer op het belonen van instellingen die met innovaties bijdragen aan een duurzaam evenwicht tussen vraag en aanbod in de langdurige zorg.

32. Waarom heeft de regering er niet voor gekozen om conform het regeerakkoord en de motie Buijs de op kortdurende op genezing gerichte zorg uit de AWBZ naar de zorgverzekering over te hevelen?

In het regeerakkoord staat dat 'bij de stelselherziening in beginsel alle op genezing gerichte zorg van de AWBZ wordt overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg'. In november 2003 bent u met een brief (TK 2003/04, 23619, nr. 19) geïnformeerd over de gekozen uitwerking van het begrip 'op genezing gerichte zorg' en is een antwoord gegeven op de vraag welke delen uit de AWBZ worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. In deze brief is aangegeven dat de overheveling van de curatieve GGZ per 1 januari 2006 het optimale evenwicht tussen de inhoudelijke uitwerking van het begrip 'op genezing gerichte zorg' en uitvoerbaarheid geeft. Hiermee gaat het grootste deel van de 'op genezing gerichte zorg' uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Dit gekozen model past tevens in de beleidslijn over de modernisering van de GGZ die uiteen is gezet in het standpunt op het rapport 'Zorg van Velen' van de commissie geestelijke volksgezondheid (TK 2003/04, 25424, nr. 47). In de motie Buijs c.s. (TK 2004/05, 29800, nr. 44) wordt verzocht het voornemen in het hoofdlijnenakkoord verder uit te werken in een plan van aanpak. In de brief over de gefaseerde invoering van de overheveling van de GGZ en gefaseerde invoering van DBC's in de GGZ (TK 2004/05, 29763, nr. 72) is op deze motie gereageerd door te verwijzen naar de uitkomsten van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek AWBZ.

33. Zijn er al gevolgen bekend van de invoering van de WTG-express? Zo ja, welke? Zo niet, waarom niet?

De WTG ExPres is op 1 februari 2005 in werking getreden en wijzigde de Wet tarieven gezondheidszorg. De WTG ExPres had ondermeer tot doelstelling om juridische belemmeringen op te heffen voor het introduceren van een DBC-systeem bij ziekenhuizen en zbc's, waarbij wel de prestatiebeschrijving voor alle zorgaanbieders uniform kan worden vastgesteld om een gelijk speelveld te krijgen en waarbij de tarieven door zorgaanbieders in vrije onderhandelingen met verzekeraars kunnen worden afgesproken zonder dat het College tarieven gezondheidszorg die tarieven vaststelt. Tegelijkertijd met de WTG ExPres is zo'n systeem in werking getreden, bekend als het B-segment.

Met de WTG ExPres werd ook de mogelijkheid geïntroduceerd om experimenten te beperken tot een enkele zorgaanbieder, verzekeraar of prestatie. Dat is gerealiseerd in het experiment met vrije tarieven voor revalidatie bij de St. Maartens Kliniek.

Verder maakte de WTG ExPres het mogelijk aan een categorie van aanbieders verschillende tariefsoorten aan verschillende prestaties te koppelen. Van die mogelijkheid is gebruik gemaakt bij het nieuwe tariefsysteem voor huisartsen.

De Wet marktordening gezondheidszorg zal de Wet tarieven gezondheidszorg vervangen. De voorgaande mogelijkheden uit de Wet tarieven gezondheidszorg blijven bestaan, de concrete toepassingen zullen dan gebaseerd zijn op de Wet marktordening gezondheidszorg.

34. Zijn er proeftuinen geweest die meer dan de overheveling van huishoudelijke verzorging naar de WMO tot onderwerp hadden? Zo ja, welke?

Er zijn naast de kortdurende pilots voor de overheveling van huishoudelijke verzorging die in de zomermaanden van 2005 hebben plaats gevonden, in totaal 26 proeftuinen voor de Wmo gestart. Deze gemeenten c.q. samenwerkingsverbanden experimenteren vanaf eind 2005 tot eind 2007 met het operationaliseren van een groot aantal prestatievelden, als mede met enkele centrale thema's in de Wmo (regionale samenwerking, regierol, civil society, etc.). Doel van deze experimenten is om alvast ervaringen op te doen, waarvan de overige gemeenten gebruik

kunnen maken. Een overzicht van deze experimenten heb ik als bijlage in mijn brief van 18 april 2005 aan u verzonden (zie bijlage).

35. *Hoe is de extra € 15 miljoen voor patiënten met hoge zorgzwaarte precies besteed? Hoeveel patiënten met hoge zorgzwaarte zijn er? Hoeveel extra intensivering is nodig voor voldoende zorg voor patiënten met een hoge zorgzwaarte?*

Zie het antwoord op vraag 2.

36. *Waarop is de bewering gebaseerd dat de wachtlijsten in 2005 zijn gedaald en verkort? Hoe verhoudt dit zich tot het bericht in de Volkskrant van november 2005 dat 3,3 miljoen mensen te lang op zorg moesten wachten en dat de wachttijden onaanvaardbaar lang waren?*

Zie het antwoord op vraag 169.

37. *U stelt dat door de vorming van het CIZ de indicatiestelling AWBZ meer uniform wordt uitgevoerd. Op papier is dit juist. Is deze constatering ook in de praktijk getoetst?*

Het CIZ zal de implementatie van het eigen uniforme referentiewerkproces in de zestien regio's medio 2006 hebben afgerond. In de loop van 2006 kunnen de eerste gegevens worden verwacht in relatie tot de mate van uniformiteit waarmee de indicatiestelling in de verschillende regio's wordt uitgevoerd.

38. *Hoeveel gemeenten zijn klaar voor de invoering van de Wmo per 1 januari 2007?*

De Wmo bevat overgangsbepalingen die er op gericht zijn dat de Wmo op een voor alle partijen verantwoorde manier ingevoerd kan worden. Voorop staan de belangen van de burgers en cliënten. Daarnaast moeten de gemeenten en de betrokken leveranciers van maatschappelijke ondersteuning in staat zijn hun verantwoordelijkheden waar te maken. De voorbereidingen vanuit de regering zijn er op gericht dat alle gemeenten per 1 januari 2007 over voldoende informatie beschikken om de nieuwe taken (huishoudelijke verzorging) te kunnen uitvoeren. Uit de periodiek gehouden monitor-onderzoeken, blijkt dat veruit het merendeel van de gemeenten al enige tijd bezig is met de voorbereiding op de Wmo. Of alle gemeenten op 1 januari 2007 ook daadwerkelijk klaar zijn, hangt af van de gemeenten zelf. Op dit moment wordt bezien op welke wijze gemeenten die niet tijdig gereed zijn, in de tweede helft van 2006 verder ondersteund kunnen worden bij de voorbereiding op de nieuwe taken.

39. *Wordt met de zin: "Het convenant vervangt kortingen en bonussen door structurele prijsverlagingen." bedoeld dat het convenant alle kortingen en bonussen vervangt en dat er derhalve geen sprake meer is van kortingen en bonussen voor apothekers? Zo neen, waarom wordt niet gezegd dat het convenant een deel van de kortingen en bonussen vervangt? Hoeveel kortingen en bonussen worden nog uitbetaald aan apothekers? Is dit geld dat door premies wordt opgebracht en in feite aan de zorg zou moeten worden besteed?*

Neen. Het geneesmiddelenconvenant verkleint de ruimte voor kortingen en bonussen maar vervangt niet alle huidige kortingen en bonussen. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief over het geneesmiddelenconvenant aan de Voorzitter van de Tweede Kamer van 13 december 2005 (Kamerstukken 2005-2006, 29477, nr. 21) is er een nauwe samenhang tussen het onderzoek dat CTG/ZAIo verricht naar de hoogte van de kortingen en bonussen en naar de praktijkkosten van apotheekhoudenden ten behoeve van de totstandkoming van een nieuw modulair tariefsysteem en het verder afkomen van bestaande kortingen en bonussen van apotheekhoudenden.

40. *Is het waar dat de prijs die VWS betaalde voor het convenant was dat er geen aanvullende maatregelen genomen zouden worden, die de apothekers en farmaceutische industrie écht*

zouden voelen in hun portemonnee? Klopt het dat het convenant betekent dat de apothekers nog steeds minstens € 200 miljoen kortingen en bonussen in hun zak steken, de verzekeraars hun reserves vullen en de overheid geen aanvullende maatregelen mag nemen zoals herijking van het GVS?

In het kader van het geneesmiddelenconvenant is afgesproken dat voor zover de financiële doelstellingen voor de jaren 2006 en 2007 naar mijn oordeel niet worden gehaald ik aanvullende maatregelen kan nemen om die doelstellingen te halen.

Gedurende de looptijd van het convenant zal geen herberekening plaatsvinden van de GVS-vergoedingslimieten. Bij voortijdige beëindiging van het convenant kunnen de GVS-vergoedingslimieten wel worden herberekend.

Hoeveel de apotheekhoudenden thans aan kortingen en bonussen realiseren is onderwerp van onderzoek van CTG/ZAio naar de hoogte daarvan. Dat verzekeraars hun reserves zouden vullen als gevolg van het convenant is onjuist. De afgesproken opbrengst van het convenant wordt in mindering gebracht op de uitkering die zorgverzekeraars ontvangen uit het vereveningsfonds. De opbrengst moet daarom daadwerkelijk worden gerealiseerd om te voorkomen dat zorgverzekeraars geld te kort komen.

41. Kan precies worden aangegeven in hoeverre burgers er bij gebaat zijn dat een convenant is gesloten met apothekers en farmaceutische groothandel en industrie? Zijn er alternatieven die beter c.q. voordeliger zouden zijn voor burgers?

Voortzetting van het geneesmiddelenconvenant biedt financiële zekerheid terwijl de voordelen de verzekerden ten goede komen. Per huishouden loopt de besparing op tot € 140 per jaar in 2007. Dat wil zeggen dat de ziektekostenpremies lager kunnen worden vastgesteld dan zonder het geneesmiddelenconvenant.

Daarnaast plaveit het convenant voor twee jaren de weg naar meer reële prijzen en de totstandkoming van een nieuwe, modulaire tariefstructuur voor apotheekhoudenden met een, door de zorgverzekeraar met de apotheker af te spreken financiële prikkel voor doelmatig inkopen.

42. Hoeveel heeft het geneesmiddelenconvenant precies opgebracht in 2005?

De beoogde opbrengst in 2005 van € 685 miljoen is gehaald. Wanneer het exacte cijfer bekend is zal ik de Kamer daarover schriftelijke informeren.

43. Hoe vaak is de hardheidsclausule bij zittend ziekenvervoer gebruikt in 2005? Hoe vaak is een beroep op de hardheidsclausule afgewezen? Was de extra toegevoegde € 13 miljoen voldoende?

Gegevens over het gebruik van de hardheidsclausule bij zittend ziekenvervoer en het geld dat daarmee specifiek gemoeid is, zijn niet beschikbaar. Wel is gebleken dat de totale uitgaven aan zittend ziekenvervoer binnen de ramingen zijn gebleven.

44. Waren de ingrepen in het curatieve pakket per 1 januari 2005 achteraf gezien nodig en zorgvuldig? Kan per maatregel worden aangegeven of deze heeft opgebracht was wat geraamd en waarom (niet)?

De pakketmaatregelen zijn genomen ter dekking van de overschrijdingen die in het budgetrapport 2005 geconstateerd werden en waren gelet daarop noodzakelijk. De genomen maatregelen zijn zorgvuldig voorbereid. Er is een besluitvormingskader ontwikkeld dat zijn waarde ook in de toekomst nog bewijzen kan. Dit kader is opgenomen in de regeling tot wijziging van de regeling medisch specialistisch hulp (kenmerk Z/VU-2545226). Binnen dat besluitvormingskader zijn de volgende behandelingen kandidaat voor het nemen van pakketmaatregelen:

- a) behandelingen die niet tot geneeskundige behandeling strekken en die geen erkend preventief doel dienen
- b) behandelingen die een onverklaarbaar groot variatiebreedte hebben

- c) behandelingen die in de meeste gevallen niet strikt medisch noodzakelijk zijn
- d) behandelingen die voorzienbaar noodzakelijk zijn om een behandeling behorende tot categorie c ongedaan te maken of die voorzienbaar voortvloeien uit een eerdere behandeling behorende tot categorie c.

De thans doorgevoerde ingrepen in het curatieve pakket zijn doorgevoerd na toetsing aan bovengenoemd kader. De raming van de opbrengst bedraagt op grond van de uitvoeringstoets door het CVZ (1 dec 2004):

Uvuloplastiek:	6.282.322
Blepharoplastiek:	7.9.11310
Correctie oorstand	1.753.907
Mamma augmentatie	4.062.755
Vervanging borstprothese	3.244.712
Abdominoplastiek	6.066.455
Liposuctie buik	635.362
Hersteloperatie sterilisatie M	993.210
Hersteloperatie sterilisatie V	1.010.984

45. Kan de minister aangeven in hoeverre deze convenanten de investeringen in R & D (innovatie) hebben belemmerd? Hoe lang gaat de minister door met deze convenantenpolitiek? Kan de minister een tijdspad schetsen?

De convenanten hebben een looptijd tot en met 2007. Zij gelden dus voor de huidige kabinetsperiode. Het is aan het volgende kabinet om te besluiten of en waar na 2007 opnieuw met convenanten gewerkt zal worden.

De convenanten staan investeringen in R&D niet in de weg. In het convenant voor de AWBZ zijn zelfs specifiek middelen voor innovatie geormerkt.

46. De minister heeft bij de begroting 2006 aangegeven dat hij de buikwandcorrectie - mits voldaan wordt aan de voorwaarden zoals geschetst in de Zvw - weer zal opnemen in het pakket. Wanneer gebeurt dit concreet?

In mijn brief over de plastische chirurgie (kenmerk CZ/IZ-2680465) ben ik uitgebreid ingegaan op de buikwandplastiek en procedure van machtiging voor dit type ingrepen.

De ingreep abdominoplastiek is als gevolg van de pakketmaatregelen per 1 januari 2005 geheel van vergoeding uitgesloten. Zoals ik hiervoor heb aangegeven zijn deze pakketmaatregelen in het kader van de Zvw overgenomen. Op grond van het criterium verminking heeft echter - ook al vóór 1 januari 2005 - nimmer aanspraak op een abdominoplastiek bestaan. Het criterium van de verminking is van oudsher zeer restrictief ingevuld en heeft uitsluitend betrekking op situaties waarbij het lichaamsdeel als zodanig niet meer herkenbaar is, zoals bij bijvoorbeeld bij brandwonden het geval is. Op abdominoplastiek kon voorheen wel aanspraak bestaan in geval van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Onder de huidige omstandigheden valt de abdominoplastiek dus geheel buiten de aanspraken in het kader van de zorgverzekeringswet. Ik heb daarbij nimmer toegezegd dat ik (delen van) de aanspraak op buikwandcorrectie weer in het pakket zou opnemen en ben niet voornemens dat te doen.

47. In 2004 zijn er meerjarige convenanten gesloten met zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Op welk convenant doelt u als u het over ZN heeft?

In dit verband zijn twee convenanten inzake de AWBZ cruciaal: het Convenant AWBZ 2005-2007 (gepubliceerd in Staatscourant 2005, nr. 20) en het Convenant inzake de zorgkantoren (Staatscourant 2004 nr. 253). Het eerste convenant heb ik gesloten met brancheorganisaties van zorgaanbieders. Het tweede convenant heb ik gesloten met Zorgverzekeraars Nederland.

Overigens heb ik met ZN nieuwe afspraken gemaakt voor de nieuwe aanwijzingsperiode van zorgkantoren. Dit hernieuwde Convenant zorgkantoren geldt voor de periode 2006 - 2008.

48. Hoeveel geld is er per provincie extra ter beschikking gesteld voor de jeugdzorg? Was er sprake van een specifieke bestemming voor deze gelden?

In het jaar 2005 zijn de volgende middelen aan de uitkering zorgaanbod van de provincies en grootstedelijke regio's toegevoegd:

- De oloploop van € 7,9 miljoen structureel met ingang van 2005 uit de extra middelen jeugdzorg hoofdlijnenakkoord 2004-2007 voor extra jeugdzorgaanbod;
- Extra middelen van € 5 miljoen voor 2005 (met ingang van 2006 € 33 miljoen structureel) als reactie op de toename van het aantal uithuisplaatsingen. Als gevolg van de toename in het aantal uithuisplaatsingen wordt vaker dan voorheen het geval was, een beroep gedaan op de pleegzorg en de residentiële zorg.
- Extra middelen AMK van € 6 miljoen voor 2005 ter ondersteuning van de door de provincies en gsr's genomen maatregelen om de piek in de vraag bij de AMK's weg te kunnen werken.

In het jaar 2005 zijn de volgende middelen aan de uitkering bureau jeugdzorg van de provincies en grootstedelijke regio's toegevoegd:

- Vanuit de AWBZ is vanaf 1 januari 2005 structureel € 25 miljoen overgeheveld naar de uitkering bureau jeugdzorg voor de uitoefening van de toegangsfunctie jeugd-geestelijke gezondheidszorg door het bureau jeugdzorg.

De verdeling van de bovengenoemde middelen over provincies en grootstedelijke regio's over 2005 is als volgt:

Provincie	Uitkering Zorgaanbod			Uitkering bureau jeugdzorg	Totaal
	Oploop extra middelen 2005	Extra middelen uithuisplaatsing	Extra middelen AMK	Extra middelen Jeugd-GGZ	
Groningen	33.145	142.213	62.456	792.408	1.030.222
Friesland	191.555	169.795	273.905	1.008.414	1.643.669
Drenthe	243.507	124.720	162.609	749.569	1.280.405
Overijssel	353.993	293.223	403.507	1.758.571	2.809.293
Gelderland	743.768	523.826	113.436	3.081.456	4.462.486
Flevoland	219.399	126.593	237.392	704.498	1.287.882
Utrecht	853.457	321.356	223.968	1.823.888	3.222.670
Noord-Holland	781.176	333.491	334.789	1.877.912	3.327.368
Zuid-Holland	530.224	354.015	843.844	2.084.219	3.812.302
Zeeland	223.958	97.785	95.248	578.935	995.926
Noord-Brabant	1.364.871	629.551	1.153.420	3.651.103	6.798.945
Limburg		274.110	52.189	1.547.815	1.874.114
Amsterdam	34.440	426.430	389.059	1.980.039	2.829.968
Rotterdam	752.072	367.854	653.976	1.716.758	3.490.659
Haaglanden	1.574.435	296.039	700.202	1.444.415	4.015.091
Subtotaal	7.900.000	4.481.000	5.700.000	24.800.000	42.881.000
Overig					
William Schrikker Stichting		419.000	300.000		719.000
Stichting Gereformeerd Jeugd welzijn		100.000		200.000	300.000
Totaal	7.900.000	5.000.000	6.000.000	25.000.000	43.900.000

49. Wanneer wordt duidelijk of in 2005 1.25% meer cliënten konden worden geholpen door zorgaanbieders in de AWBZ?

In de herfst 2006 zal KPMG een onderzoek opleveren waaruit kan worden afgeleid of 1,25% meer mensen worden geholpen voor hetzelfde geld.

50. *Kan aangegeven worden hoeveel precies is uitgegeven aan invoering Zvw, Wmo en DBC's?*

In 2005 is uiteindelijk € 16,3 miljoen uitgegeven aan de invoering van de Zorgverzekeringswet, € 16,5 miljoen aan de invoering van DBC's en € 4,9 miljoen aan de invoering van de Wmo. Zie ook tabel 1 op blz. 25 van het jaarverslag.

51. *Hoe lang zijn de antivirale middelen houdbaar?*

- Tamiflu: geregistreerd voor 5 jaar
- Oseltamivir: geen registratie, geen "formele" houdbaarheid; gaat een retest-programma in, wordt jaarlijks op kwaliteit getest. Verwachting is dat het ca 10 jaar (of langer) houdbaar is.
- Relenza: 5 jaar houdbaar

52. *Het is nog niet duidelijk of het convenant met de zorgaanbieders dat in 2004 is gesloten is ook tot de gewenste resultaten heeft geleid. Hoe gaat u dit onderzoeken en wanneer krijgt de Kamer inzicht in die resultaten?*

Ervan uitgaande dat bedoeld wordt op de doelstelling 1.25% meer cliënten te helpen voor hetzelfde geld: Op dit moment doet KPMG hier onderzoek naar. Voor dit onderzoek put KPMG uit meerdere databestanden en doet het steekproeven. De onderzoeksresultaten voor 2005, 2006 en 2007 zijn beschikbaar in het najaar van het daaropvolgende jaar (najaar 2006 zijn de resultaten over 2005 beschikbaar, enz.)

53. *Wanneer u geen onderzoek heeft gepland, wat is dan de waarde van dit convenant? Hoe moet dit worden beschouwd binnen de VBTB-systematiek van de begroting?*

Zie het antwoord op vraag 52.

54. *Is er in het kader van Extra Opleidingen in de zorg in 2005 extra aandacht geweest voor de te verwachte tekorten op de arbeidsmarkt van de zorg in het kader van de vergrijzing? Zo ja, op welke wijze. Zo neen, waarom niet?*

De toekomstige knelpunten in de personeelsvoorziening, mede als gevolg van de vergrijzing, hebben al enige jaren mijn volle aandacht. In de begroting van 2004 en later heb ik daar nadrukkelijk op gewezen. Het vraagt om een aanpak op meer fronten. De wervingskracht dient voldoende te zijn, de (arbeids)productiviteit moet verhoogd worden en we moeten zoveel mogelijk voorkomen dat mensen een beroep moeten doen op zorg.

Ook het opleiden van voldoende zorgpersoneel heeft volop mijn aandacht. Zo is met de start van 250 eerstejaars in 2004 een betekenisvolle aanzet gegeven aan de introductie en inzet van nieuwe beroepen als de physician assistant (pa) en nurse practitioner (np) in de zorg. In 2005 en 2006 is de instroom met jaarlijks 75 uitgebreid naar 325 opleidingsplaatsen. Dit betekent een toename van 30% van het aantal eerstejaarsstudenten in de cohorten 2005 en 2006 met een financiële doorwerking tot begin 2008 respectievelijk 2009 van deze twee cohorten.

Tot slot wordt momenteel gewerkt aan de oprichting van het College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG). Een van de taken van het CBOG betreft het ontwikkelen van voorstellen voor het moderniseren van beroepen en opleidingen. Met modernisering, bijvoorbeeld middels taakherschikking, wordt een doelmatige en doeltreffende inzet van zorgverleners beoogd, waardoor de ontwikkeling van de zorgvraag kan worden opgevangen.

55. *Waarom is het nog niet duidelijk of er met het beschikbare budget meer cliënten worden geholpen? Klopt het dat uit onderzoek van het CIZ blijkt dat er 13% meer indicaties zijn afgegeven?*

Pas in het najaar van 2006 zal dit resultaat duidelijk zijn. De bronnen waaruit de gegevens worden geput om dit te meten zijn pas medio 2006 voldoende bijgewerkt en stabiel. Het CIZ constateert inderdaad dat er sprake is van 13% meer afgegeven indicaties, maar schrijft de stijging toe aan administratieve oorzaken (bijvoorbeeld: extra indicatiebesluiten voor mensen die al wel in zorg waren, maar nog geen indicatiebesluit hadden).

56. *Hoeveel van de € 12 miljoen voor zelfzorgmiddelen is gebruikt in 2005?*

In januari 2004 zijn de zelfzorggeneesmiddelen, dat wil zeggen, de middelen die ook zonder recept verkrijgbaar zijn en doorgaans bestemd zijn voor milde aandoeningen, uit de vergoeding gehaald. In de loop van 2004 bleek dat veel zelfzorggeneesmiddelen ook gebruikt worden door chronisch zieken. Deze mensen gebruikten vaak middelen uit verschillende groepen en moesten daarom vaak hoge kosten maken. Er is daarom besloten vijf groepen geneesmiddelen waarvoor veel hoge kosten werden gemaakt en waarbij veel substitutie plaatsvond weer terug te plaatsen in het pakket, wanneer deze geneesmiddelen langer dan zes maanden worden gebruikt (chronisch gebruik). Er was 12 miljoen extra nodig om de vijf groepen zelfzorggeneesmiddelen weer op te nemen in het pakket. Op grond van voorlopige cijfers van 2005 is te verwachten dat de € 12 miljoen ook volledig wordt gebruikt voor de zelfzorggeneesmiddelen. Over enkele weken zijn definitieve cijfers over 2005 bekend.

57. *Hoeveel van de € 33 miljoen die extra beschikbaar is gesteld voor pleegzorg en residentiele opvang is daadwerkelijk gebruikt? Wat zijn de resultaten van deze extra inzet van middelen?*

De € 33 miljoen, die verband houden met de toename van het aantal uithuisplaatsingen, zijn beschikbaar gekomen met ingang van 2006, en hebben dus geen betrekking op het verslagjaar 2005. Voor 2005 is voor dit doel € 5 miljoen extra beschikbaar gekomen, dat is toegevoegd aan de doeluitkering. De resultaten van de besteding van dit specifieke deel zijn niet bekend.

Over de € 33 miljoen die met ingang van 2006 beschikbaar is gekomen kan het volgende worden opgemerkt. Provincies subsidiëren voor deze middelen extra trajecten of zijn in de afronding van het aanbestedingstraject. In het kader van het aanvalsplan wachtlijsten is bij de provincies nagegaan hoeveel extra kinderen zij met deze extra middelen (incl. de oploop uit het hoofdlijnenakkoord, in totaal € 43 miljoen) gaan helpen. Dit betreft minimaal 1.900 kinderen (zie ook mijn brief van 17 mei 2006, DJB/JZ-2681700).

58. *Waarop is het bedrag van € 6 miljoen administratieve lastenverlichting in de bouw gebaseerd? Welke resultaten zijn bereikt? Welke voorgenomen maatregelen zijn niet tot uitvoer gebracht in 2005 en wat is daarvan de oorzaak?*

De gerealiseerde vermindering heeft betrekking op het digitaal uitwisselen van gegevens over bouwplannen tussen het CBZ en zorgaanbieders. Het niet gerealiseerde deel betreft vereenvoudigingen en dereguleringen door invoering van de Wtzi. Door de invoering van die wet per 1 januari jl. is dit gedeelte van de beoogde vermindering inmiddels ook een feit.

59. *De totale administratieve lasten zijn in 2005 gestegen met € 70 miljoen. Kan de minister in het kader van dit jaarverslag een uitgebreide som geven? Is de netto stijging van de administratieve lasten met 70 miljoen deels de wijten aan de invoering van de DBC's? Hoe groot is dat deel? Waarom is - met het oog op de brede kabinetsdoelstelling om de administratieve lasten te reduceren - de balans zo fors negatief uitgeslagen? Wat heeft de minister gedaan om dat te voorkomen? Zijn er nog extra inspanningen opgelegd om elders lasten extra te drukken? Zo neen, waarom niet? Beschouwt de minister de administratieve lastenreductie voor de zorg voorsnog als mislukt? Zo neen, waarom niet?*

Voor gedetailleerde informatie over het saldo van stijgen en dalen van de lasten in 2005 verwijst ik u naar de binnenkort toegezonden voortgangsbrief administratieve lasten. De stijging is voor het grootste deel toe te schrijven aan de invoering van DBC's in de ziekenhuizen (€ 21 miljoen) en aan de invoering van beleidsregels voor het registreren van productie in de AWBZ (kaderregeling administratieve organisatie en interne controle, € 56 miljoen). Deze stijging van lasten is verbonden aan de wijziging van de manier van bekostigen bij zorginstellingen, waarbij sprake is van een verschuiving van budget- naar prestatie- of productbekostiging. Dit brengt een intensievere wijze van administreren mee. Bij de verdere ontwikkeling en vormgeving van de bekostigingssystemen voor ziekenhuizen en voor AWBZ-instellingen is de inzet om te komen tot stroomlijning en vereenvoudiging. Binnen het totale programma van administratieve lastenreductie wordt deze stijging in de loop van 2006 en 2007 gecompenseerd. Ik beschouw de lastenreductie zeker niet als mislukt, aangezien het effect van de meeste maatregelen nog in het veld moet neerslaan en er ook een aanvullend programma wordt uitgevoerd dat focust op het wegnemen van beleefde administratieve lasten. Ook op dit punt verwijst ik naar de voortgangsbrief.

60. De inzet op verminderen van bureaucratie lijken met name verband te houden met incidentele zaken rond bouw aanvragen. Inzet van het eerder genoemde AWBZ-convenant was onder andere vermindering van administratieve lastendruk voor reguliere zaken. Hoe heeft u deze afspraak in de praktijk vormgegeven en wat is hiervan de opbrengst?

In het kader van het convenant AWBZ zijn vorig jaar afspraken gemaakt over de aanpak van een aantal knelpunten op gebied van administratieve lasten die door de brancheorganisaties als urgent zijn aangemerkt. Deze knelpunten hebben o.a. betrekking op indicatiestelling, toezicht, contractering en regelgeving voor kleinschalige woonvormen. Een aantal afspraken is inmiddels uitgevoerd, anderen worden in overleg met de brancheorganisaties meegenomen bij verdere beleidsontwikkeling. In een aparte brief over een plan van aanpak administratieve lasten in de AWBZ zal ik hierop nader ingaan.

61. De introductie van de DBC's, de kaderregeling Administratieve organisatie/Interne Controle en de invoering van EU-richtlijnen hebben de administratieve lasten met € 152 miljoen doen stijgen. Hoeveel hiervan wordt veroorzaakt door de introductie van de DBC's? € 21,9 miljoen

62. De stroomlijning van het declaratieverkeer is op gang gekomen, maar heeft nog niet de verwachte reductie opgeleverd. De commissie De Beer berekende ooit dat de kosten van het declareren (naleving en uitvoering door ziekenhuizen en zorgverzekeraars) € 430 miljoen kostte. Hoeveel zou dit, uitgaande van de berekening volgens De Beer, nu bedragen? Wat heeft er nu precies aan stroomlijning of vereenvoudiging plaatsgevonden en waarom heeft dat nauwelijks iets aan reductie van de administratiekosten opgeleverd?

Momenteel loopt een onderzoek in opdracht van VWS om tot een actualisatie van kosten van declareren te komen en aan de hand daarvan de kostenreductie als gevolg van het programma declaratiecasus te berekenen. De gegevens uit dit onderzoek komen dit najaar beschikbaar. Het gaat om kostenbesparingen die neerslaan bij aanbieders (ziekenhuizen, huisartsen etc.) en verzekeraars. Er heeft al veel stroomlijning plaatsgevonden, maar de meeste resultaten zullen pas in 2006 en later optreden onder meer als gevolg van het deelnemen van alle verzekeraars aan het VeCoZo-declaratieportaal en de verbeterde mogelijkheid om de verzekeringsgerechtigheid van patiënten digitaal te controleren. Daardoor dalen niet alleen de kosten van het declareren als zodanig, maar neemt ook het aantal foutieve declaraties af. Het uitzoeken en corrigeren van foutieve declaraties is een van de grootste kostenposten in het declaratieverkeer. Met het voorkomen van die fouten worden dus ook veel kosten bespaard.

63. De commissie De Beer wees ook op forse reductie in de administratiekosten door vereenvoudigingen in het stelsel van machtigingen. Hebben hier vereenvoudigingen plaats

gevonden? Zo ja, waar en wat en tot hoeveel reductie in de administratiekosten hebben deze geleid?

Ja, deze vereenvoudigingen zijn inmiddels doorgevoerd. De machtigingen voor ziekenhuisopname zijn per 1 januari 2003 afgeschaft. Door invoering van de Zvw zijn ook procedurele toegangsvoorwaarden voor tandheelkundige hulp en medische hulpmiddelen verdwenen. Als gevolg van een besluit van de Tweede Kamer is de verplichte doorverwijzing door huisartsen voor toegang tot medisch specialistische zorg blijven bestaan (poortwachtersfunctie). Met het schrappen van machtigingen uit wet- en regelgeving is een reductie van € 72 miljoen gemoeid. Overigens zijn verzekeraars nog wel vrij in het al dan niet hanteren van machtigingsprocedures. Een deel van het bedrag van € 72 miljoen bestaat daardoor nog als 'marktlasten'.

64. Waar zijn de hogere uitgaven voor activiteiten om de registratiegraad in het Donorregister te verhogen precies aan besteed?

De hogere uitgaven zijn gedaan voor de in 2005 gevoerde donorwervingsacties en vooral voor de verwerkingskosten van de als gevolg van deze acties extra ontvangen registratieformulieren en voor de beantwoording van publieksvragen over registratie

65. Ondanks het uitstellen van de functiegerichte bekostiging AWBZ (tabel 1, beleidsprioriteit 6) is toch bijna het gehele voor deze operatie begrote bedrag uitgegeven. Waaraan is dit geld opgegaan en wat betekent dat voor het verdere verloop van de invoering van de functiegerichte bekostiging?

Het geld is vooral besteed aan de ontwikkeling van de zogenoemde IZA's. In het verdere verloop van de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt voortgebouwd op de kennis die in 2005 is ontwikkeld. De IZA's vormen de basis voor de zorgzwaartepakketten die centraal staan in de recente plannen rondom de invoering van de zorgzwaartebekostiging. We hanteren niet langer de term functiegerichte bekostiging, maar spreken in de meest recente plannen over zorgzwaartebekostiging. In 2006 en latere jaren zijn op de begroting voldoende middelen beschikbaar voor invoering van de zorgzwaartebekostiging.

66. Wat zegt de uitgave van geld zonder dat dit tot concreet resultaat heeft geleid over de uitwerking van een beleidsprioriteit?

In de begroting wordt aangegeven hoeveel geld wordt uitgegeven aan een bepaalde doelstelling. In het Jaarverslag wordt aangegeven hoeveel daadwerkelijk is uitgegeven. Het verschil tussen raming en realisatie wordt in het Jaarverslag verklaard. Er mag worden verwacht dat er een relatie bestaat tussen de uitgave aan een bepaalde beleidsprioriteit en het behalen van concrete resultaten met betrekking tot deze beleidsprioriteit. Het hoeft echter niet zo te zijn dat uitgaven aan een beleidsprioriteit ook met zekerheid tot resultaten leiden.

67. Hoe kan het dat in 2005 extra middelen beschikbaar gesteld voor de implementatie van de Wmo, terwijl de Wmo vertraagd wordt ingevoerd? Waaraan zijn in 2005 de uitgaven besteed met het oormerk 'invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning,' zoals verantwoord in het jaarverslag, gezien het feit dat de Wmo pas per 1 januari 2007 in werking treedt?

De middelen die in 2005 voor de implementatie van de Wmo beschikbaar zijn gesteld, zijn ook voor dit doel besteed. Deze uitgaven zijn tweeledig. Enerzijds voor het project implementatie Wmo op rijksniveau en anderzijds ten behoeve van de voorbereidingen op gemeentelijk niveau, middels een storting in het gemeentefonds. De Wmo zou oorspronkelijk per 1 januari 2006 worden ingevoerd. De voorbereidingen in 2005 waren ook gericht op deze datum. Naast bijeenkomsten, handreikingen en een website is er op landelijk niveau een helpdesk ingericht en zijn verschillende deeltrajecten gestart. Parallel daaraan hebben gemeenten het bedrag dat zij ontvingen besteed aan het aanstellen van projectleiders, het opzetten van een gemeentelijk Wmo-project. Hierdoor zijn gemeenten al in een vroeg stadium in de gelegenheid gesteld om zich

op de Wmo voor te bereiden, waardoor de invoering op 1 januari 2007 ook daadwerkelijk plaats kan vinden.

68. Waar is de extra investering van € 49 miljoen gebleven in Tabel 1, nr. 1?

De € 49 miljoen is naast de Zorgverzekeringswet (Zvw) ook ingezet voor onder meer de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en DBC's in de ziekenhuiszorg en de GGZ. Het onderwerp bevat dus meer componenten dan alleen onderdeel 1 van Tabel 1.

69. Wat zijn de concrete resultaten van de extra investeringen in ICT in de AWBZ?

In het convenant 2005-2007 tussen VWS en de brancheorganisaties van de AWBZ is overeengekomen dat VWS extra geld beschikbaar zal stellen voor ICT-investeringen. In de loop van 2005 is in totaal € 60 miljoen beschikbaar gesteld voor investeringen in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Meer concreet is dit geld bedoeld ter compensatie voor de inspanningen die zorgaanbieders moeten plegen voor het invoeren, in gebruik nemen en uitiem vullen van de AZR. Wat dit laatste betreft, moeten de zorgaanbieders éénmalig een bepaalde set aan gegevens aanleveren aan het zorgkantoor. Deze operatie wordt projectmatig aangestuurd door het College voor Zorgverzekeringen.

Het bedrag wordt naar rato verdeeld over alle toegelaten AWBZ-instellingen op basis van het beslag op de contracteerruimte. Dit staat beschreven in de CTG-beleidsregel van 12 december 2005 over de 'ICT-middelen 2005' (CA-77).

In 2005 zijn er door de extra investeringen geen concrete resultaten behaald. Door de extra investeringen worden de zorgaanbieders in staat gesteld om het AZR in 2006 volledig te vullen. Einde 2006 moet dit gereed zijn. Vervolgens moeten de zorgaanbieders de gegevens in het AZR up to date houden.

70. Wat is de verklaring voor de lagere opbrengst (€ 35 miljoen minder) van de ingevoerde pakketmaatregelen curatieve zorg? Kan de minister aangeven hoeveel het uit het pakket halen van de verschillende onderdelen, per onderdeel oplevert?

De lagere opbrengst van de pakketmaatregelen komt voort uit het feit dat uiteindelijk besloten is om een aantal pakketmaatregelen met een opbrengst van circa € 35 miljoen daadwerkelijk door te voeren. Daardoor is van de verwachte besparingen als gevolg van pakketmaatregelen van € 70 miljoen € 35 miljoen niet gerealiseerd. De geraamde opbrengsten van de pakketmaatregelen bedragen voor de uvuloplastiek € 6,3 miljoen, voor de blepharoplastiek € 7,9 miljoen, voor correctie van de oorstand € 1,8 miljoen, voor borstvergroting/implantaat € 7,2 miljoen, voor abdominoplastiek inclusief liposuctie € 6,6 miljoen, en voor hersteloperaties na sterilisatie € 2 miljoen.

71. Welke mogelijke maatregelen werden overwogen toen € 25 miljoen werd begroot voor extra maatregelen voor chronisch zieken in de begroting voor 2005? Op welk moment werd deze € 25 miljoen in de begroting opgenomen en op welk moment werd besloten de € 25 miljoen te besteden aan het gedeeltelijk terugdraaien van pakketbeperkende maatregelen?

Bij het indienen van de begroting 2005 is aangegeven dat voor € 25 miljoen aan maatregelen voor chronisch zieken genomen zouden worden. Voor de begrotingsbehandeling najaar 2004 is besloten en aan de Kamer gemeld dat € 25 miljoen aangewend zouden worden voor het gedeeltelijk terugdraaien van de pakketmaatregelen voor de zelfzorggeneesmiddelen en voor de hardheidsclausule van de regeling zittend ziekenvervoer. De effecten van het gedeeltelijk terugdraaien van deze pakketmaatregelen zijn namelijk vooral merkbaar binnen de groep chronisch zieken.

72. *In het AWBZ-convenant is afgesproken 10 miljoen extra uit te geven aan innovatie en ICT. In tabel 2 maakt u melding van een extra impuls van € 50 miljoen. Waar komt dit geld vandaan, en waaraan en aan wie is het uitgegeven?*

In het convenant is afgesproken dat er voor 2005 € 10 miljoen voor ICT beschikbaar is, plus een PM bedrag, in te zetten indien er onderuitputting is op het kader voor 2004. Deze onderuitputting is inderdaad opgetreden, waarmee incidenteel extra middelen beschikbaar kwamen in 2005. Daar komt de € 50 miljoen vandaan. De extra impuls is bij de zorgaanbieders terecht gekomen, met name voor bestedingen aan invoering en implementatie van het AZR. De investeringen konden betrekking hebben op zowel de hardware als op opleiding en training.

73. *Waarom is het onderzoeksprogramma vroegtijdige opsporing van mensen met diabetes vertraagd?*

We hebben eerst het advies afgewacht, dat de Gezondheidsraad over Diabetes mellitus in september 2005 heeft uitgebracht. Hierin wordt aangeraden een onderzoek naar de meest optimale en kosten-effectieve manier van vroegtijdige opsporing van diabetes uit te voeren alvorens over te gaan tot landelijke implementatie.

In mijn standpunt op dit advies van 1 november 2005 heb ik de Kamer toegezegd dit advies uit te voeren en ZonMw te vragen dit onderzoek in het Preventieprogramma op te nemen. Voor dat doel ben ik bereid vanuit de begroting in 2006 een bijdrage beschikbaar te stellen van € 500.000,--.

ZonMw heeft de opdracht geaccepteerd en heeft vervolgens aan het Erasmus Medisch Centrum de onderzoeksopdracht verleend. Het onderzoek is op 1 december 2005 van start gegaan met een totale looptijd van 4 jaar.

74. *Klopt het dat geld dat bestemd was voor het bestrijden van infectieziekten is gebruikt voor projecten op het terrein van diabetes en dyslexie? Zo ja, waarom?*

Nee, de operationele doelstelling "Vermijden van onnodige ziektelast door chronische ziekten" was nieuw opgenomen in de begroting 2005. Tot en met 2004 maakten de hiermee gemoeide middelen – samen met die voor infectieziektenbestrijding - onderdeel uit van de operationele doelstelling "Voorkoming/opsporing (niet)infectieziekten". Per abuis zijn met de begrotingsvoorbereiding 2005 niet alle middelen overgeheveld naar de nieuwe operationele doelstelling.

75. *Waarom is besloten in 2005 meer uit te geven aan voorlichtingscampagnes ter preventie van roken en drank? Is dit de meest effectieve manier om dit geld te besteden? Zo ja, waar baseert de minister dat op? Is dat ook zichtbaar in de resultaten? Hoe bepaalt de minister de effectiviteit van deze extra investeringen?*

De meest effectieve preventie aanpak bestaat uit een combinatie van maatregelen. Het tabaksontmoedigings- en alcoholbeleid bestaat daarom uit een combinatie van onder andere regelgeving, voorlichting, handhaving en prijs- en reclamemaatregelen. Dit komt overeen met de inzichten uit de recente uitgave van de Wereld Gezondheidsorganisatie: "Alcohol, no ordinary commodity" en berekeningen van het RIVM. Binnen een dergelijk pakket speelt ook voorlichting een belangrijke rol. Alléén voorlichting heeft geen meetbaar effect op de consumptie.

Voorlichting binnen een breed pakket aan maatregelen heeft de taak om een probleem onder de aandacht te brengen. Daarom heb ik vorig jaar een extra impuls gegeven om via voorlichting het gestegen alcoholgebruik onder meisjes onder de aandacht te brengen.

Het effect van voorlichting alléén is niet meetbaar. Wel zal ik de effecten van het gehele alcohol- en tabaksbeleid monitoren. De resultaten van het alcohol- en jongerenbeleid worden gemeten op basis van het vierjaarlijkse Peilstationsonderzoek "Jeugd en riskant gedrag", uitgevoerd door het Trimbos instituut. De jaarlijkse meting van TNS-NIPO naar het rookgedrag van jongeren vormt een belangrijke indicator voor het tabaksontmoedigingsbeleid voor jongeren.

76. *Waarom is de beleidsprestatie ten aanzien van de vermindering van het aantal rokers in 2005 met een vijfde ten opzichte van 1999 niet gehaald? Zijn de voorgenomen*

maatregelen waarop de haalbaarheid van deze beleidsprestatie werd gebaseerd daadwerkelijk uitgevoerd? Zo ja, welke maatregelen waren dat en waarom werd meer effect van deze maatregelen verwacht? Zo nee, Welke maatregelen zijn wel en welke maatregelen zijn niet uitgevoerd? Wat had het percentage rokers in 2005 moeten zijn?

In de begroting 2005 hebben wij een streefpercentage van 27% voor 2005 opgenomen. Zoals wij in het jaarverslag hebben aangegeven bedroeg het percentage over 2005 27,7%. De aanzienlijke daling van het aantal rokers ten opzichte van 1999 is te danken aan de inzet van een mix aan instrumenten. Naast de inwerkingtreding van de rookvrije werkplek en het rookvrije personen vervoer op 1 januari 2004 en de communicatie daarover is er een grote massamediale stoppen met roken campagne gevoerd. Vervolgens is per 1 februari 2004 de accijns op tabaksproducten verhoogd met een aanzienlijk bedrag (€ 0,46). Als gevolg van deze combinatie van maatregelen is de rookprevalentie in 2004 gedaald tot 28% (in 2003 was dat nog 30%). In 2005 is een begin gemaakt met de ontwikkeling van het Nationaal Programma Tabaksontmoedigingsbeleid (NPT), waarin ik samenwerk met KWF Kankerbestrijding, Hartstichting en Astma Fonds. Doel van het NPT, dat ik in maart 2006 naar de Tweede Kamer heb gestuurd, is een verdere daling van het percentage rokers. In de preventienota 'Langer gezond leven' - en ook in de begroting 2005 - is het streefpercentage van 25% rokers eind 2007 opgenomen. In het NPT hebben betrokken partijen het voornemen uitgesproken 20% rokers eind 2010. Om dit percentage te bereiken worden jaarlijkse actieplannen opgesteld.

77. Kan de minister de "ja" bij realisatie van punt 6 toelichten, gezien de maatschappelijke signalen dat de handhaving van de leeftijdsgrenzen bij verkoop van alcohol tekortschiet?

Zie het antwoord op vraag 14.

78. Kan de minister de kwalificatie "gedeeltelijk" bij punt 12 toelichten?

Zie het antwoord op vraag 80.

79. Kan de minister de kwalificatie "gedeeltelijk" bij punt 14 toelichten?

Zie het antwoord op vraag 80.

80. Waarom wordt gesteld dat de voorgenomen beleidsprestaties nr. 9, 10, 12 en 14 gedeeltelijk zijn behaald, terwijl er geen cijfers bekend zijn?

Ten aanzien van de beleidsprestaties voor gezonde voeding (9 en 10) en het voedselconsumptieonderzoek bij kinderen (14) zijn verschillende activiteiten in gang gezet, maar zijn de resultaten slechts deels of nog niet voorhanden.

De prioriteiten voor een gezonde voeding richtten zich in 2005 op het bevorderen van de groente- en fruitconsumptie en het verminderen van de energie-inname aan verzadigde vetzuren en transvetzuren tot respectievelijk 10 procent en 1 procent in 2010.

In 2003 is er een voedselconsumptiepeiling uitgevoerd bij jongvolwassenen in de leeftijd van 19 tot 30 jaar. In 2007 zal een voedselconsumptiepeiling starten onder de gehele bevolking.

Het onderzoek naar de voedselconsumptie bij kinderen is in 2005 voorbereid door het RIVM en TNO en in oktober 2005 van start gegaan. Het onderzoek heeft een doorlooptijd van een jaar. Begin 2007 zullen de resultaten van dit onderzoek worden gerapporteerd.

Bij de voorgenomen beleidsprestaties, staat onder nr. 12 de kwalitatieve doelstelling over het verminderen van overgewicht.

Op dit moment zijn nog geen kwantitatieve doelstellingen beschikbaar. Het streven is om op basis van de beschikbare kennis, op zo kort mogelijke termijn te komen tot kwantitatieve doelstellingen. Op basis hiervan kan de realisatie van de doelstellingen ook beter worden gemonitord. Op basis van de meest recente CBS cijfers (POLS 2005) lijkt voor het eerst, sinds 1981, het percentage overgewicht bij jongvolwassenen gestabiliseerd. Het betreft zelfgerapporteerde cijfers. De meest recente cijfers bij kinderen (TNO/VUMC 2005) vertonen een verdere toename van overgewicht en obesitas. Hieraan kunnen op dit moment nog geen harde conclusies worden verbonden.

81. Het valt op dat de minister over alle doelstellingen tamelijk vaag blijft in het jaarverslag, behalve die doelstellingen die met gedragsverandering te maken hebben. Wat is daar de oorzaak van? Kan de minister op de andere prioriteiten net zo concreet zijn als op het terrein van gedragsverandering? Zo neen, waarom niet?

In de begroting 2007 wordt voor een nieuwe begrotingsindeling gekozen en zijn voor alle algemene – en operationele doelstellingen een of meer concrete prestatie-indicatoren gedefinieerd. Voor zover de hiervoor benodigde informatie nog niet beschikbaar is, zal bovendien worden aangegeven wanneer dat wel het geval zal zijn (comply or explain). Hiermee wordt een structurele concretisering van alle doelstellingen aangebracht.

82. Kan de minister, als coördinerend minister van preventie, aangeven wat er in 2005 als gemeenschappelijk interdepartementaal beleid op dit terrein is gerealiseerd?

Gaarne verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 83, waarin ik kort het spectrum ten aanzien van preventie uiteenzet in relatie tot interdepartementaal overleg. Voor de uitgangspunten van het interdepartementaal afgestemde preventiebeleid voor de periode 2004 tot 2007 verwijs ik naar de ministeriële nota 'Langer Gezond Leven' (preventienota).

Om een beeld te krijgen van wat er op het uiteenlopende gebied van preventie is gerealiseerd verwijs ik naar het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg getiteld 'Staat van de Volksgezondheidszorg 2005' welke ik op 2 november 2005 aan de Kamer heb gezonden, evenals mijn reactie op dit rapport (brief 05-VWS-B-103). Zowel het rapport als mijn reactie verschaffen - naast andere volkgezondheid gerelateerde onderwerpen - inzicht op wat er ten aanzien van preventie is gerealiseerd en wat mijn voornemens zijn ten aanzien van verbetering daarvan.

83. Kan de minister aangeven hoe vaak er interdepartementaal overleg is geweest over preventie in 2005 en waar dat over is gegaan?

Preventie beslaat uiteenlopende beleidsterreinen. Samengevat loopt het spectrum van gezondheidsbescherming naar gezondheidsbevordering. Te denken valt aan thema's als infectieziekten (inclusief vogelgriep), vaccinaties, screening, productveiligheid, chemische stoffen en letselpreventie, alsmede thema's op het gebied van gezondheidsbevordering zoals alcohol, tabak, drugs, overgewicht, voeding en bewegen.

Op deze en andere preventiethema's vindt continue interdepartementaal overleg plaats. Zowel op ad hoc als op reguliere basis én op diverse niveau's (zowel op ambtelijk niveau als tussen bewindslieden). Op het gebied van preventie vindt in het bijzonder interdepartementale afstemming plaats tussen VWS, OCW, V&W, VROM, LNV, EZ, SZW, BZK, Justitie en Financiën. De frequentie van regulier interdepartementaal overleg loopt van minimaal 4x per jaar (bijvoorbeeld voor stuurgroepen) tot 12x per jaar (bijvoorbeeld voor werkgroepen). Daarnaast staan ten aanzien van Europese en internationale beleidskaders de preventiethema's regelmatig op de agenda van interdepartementaal overleg. Dit geldt in het bijzonder voor de gezondheidsbeschermings-thema's. Onder andere komt onder leiding van BuZa de afstemming van het Europese beleid aan de orde in het wekelijkse interdepartementaal overleg (BNC, PV-instructieoverleg en CoCo).

84. Waarom beschouwt de minister het verlenen van een financiële bijdrage als beleidsprestatie? Het gaat er toch om dat met deze financiële middelen doelstellingen worden gehaald! (ad punt 6) Ditzelfde geldt voor punt 13 en 14!

In de begroting 2005 zijn deze posten opgenomen als instrument om de operationele doelstelling "Bestrijden van infectieziekten" te verwezenlijken. In het Jaarverslag 2005 wordt ook hierover verantwoording afgelegd.

85. De minister geeft aan dat de doelstelling: "100% van de gemeenten een actuele nota gezondheidsbeleid" is gehaald. Bij de toelichting geeft de minister aan dat 13% nog werkt

aan een nota. 87% is geen 100 % en dus is de voorgenomen beleidsprestatie niet gehaald. Kan de minister hierop reageren? Hoeveel gemeenten hadden in 2004 een gemeentelijk gezondheidsbeleid? Waarom is in 2005 niet 100% gehaald, terwijl dat toch in eerdere overleggen met de Kamer wel is toegezegd?

In het jaarverslag wordt ingegaan op de doelstelling uit de begroting dat in 2006 100% van de gemeenten een actuele nota Gezondheidsbeleid heeft. De tussenstand in 2005 bedraagt 87%. In 2004 had circa 75% van de gemeenten een gemeentelijke nota Gezondheidsbeleid vastgesteld. De realisatie van de doelstelling ligt dus goed op koers. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de uitvoering van deze wettelijke verplichting.

86. Kan de minister een overzicht geven van alle taken die het RIVM inmiddels uitvoert?
Het RIVM voert voor VWS taken uit binnen de volgende domeinen:

- volksgezondheid en zorg;
- infectieziekten;
- geneesmiddelen en medische technologie;
- chemische, (micro)biologische en fysische risico's;
- jeugdgezondheid;
- bevolkingsonderzoeken;
- gezondheid, milieu en veiligheid.

De taken worden door VWS nader gepreciseerd in een jaarlijkse opdrachtbrief en een set van kennisvragen.

Om de taken goed vorm en inhoud te kunnen geven, zijn respectievelijk worden binnen het RIVM een aantal centra opgericht. Dit gebeurt in een verschillend tijdsbestek. In 2005 is het Centrum Infectieziektebestrijding van start gegaan. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek is thans in oprichting en per 1 januari 2006 gestart met de werkzaamheden. Het Centrum Jeugdgezondheid is op kleine schaal van start gegaan per 1 januari 2006. Daarnaast wordt gewerkt aan een Centrum Gezond Leven en een Centrum Gezondheid, Milieu en Veiligheid. Bij dit laatste werkt VWS samen met het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. VROM is een belangrijke opdrachtgever voor het RIVM.

87. Hoeveel bedraagt de administratieve lastendruk als gevolg van de introductie van DBC's in 2005? Zijn dit structurele kosten of aanloopkosten?

De invoering van de DBC systematiek heeft voor ziekenhuizen incidentele kosten tot gevolg gehad. Deze kosten zijn gemaakt in de afgelopen jaren en lopen door tot en met 2006. Er is daarbij meer geïnvesteerd dan alleen voor DBC's noodzakelijk zou zijn geweest. Incidentele administratieve lasten van de DBC-introductie zijn daarbij moeilijk te scheiden van de overige investeringen die zijn gedaan. De schatting voor het totaal van de incidentele administratieve lasten van de ziekenhuizen in de periode tot en met 2006 is € 116 miljoen.

Na het afronden van de invoering en het oplossen van de kinderziekten worden de structurele effecten van het DBC systeem op de administratieve lasten zichtbaar. De verwachting is dat deze structurele effecten optreden vanaf het jaar 2007. Het gaat daarbij om een stijging van de administratieve lasten van € 21,9 miljoen per jaar. Dit bedrag is de resultante van verscherpte eisen ten aanzien van de rechtmatigheid en het aanleveren aan het DIS.

Naast de structurele administratieve lasten zijn er ook positieve effecten te verwachten van het DBC-systeem. Te noemen zijn de invloed op het declaratieverkeer door het afnemen van het aantal facturen en het lagere foutpercentage van facturen door de validatie module. Daarnaast de invloed op de informatieverplichtingen van ziekenhuizen door de aanlevering van gegevens aan het DBC informatie systeem. Kwantificering van deze effecten is nog niet te geven, deze worden meegenomen in de projecten "declaratiecasus" en "Maatschappelijke Verantwoording".

88. Kan de minister tussentijds inzicht geven in de loop/ stand van zaken van het traject van het "actieprogramma om de eerste lijn te versterken"

Sinds het overzicht van 23 november 2005, is er op diverse actiepunten vooruitgang geboekt. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld die regionale partijen kunnen gebruiken. Het model praktijkplan is inmiddels beschikbaar en kan als basis dienen voor afspraken tussen partijen op lokaal niveau. In juni presenteert de NPCF de eerste versie van een internettoepassing om de zorgvraag lokaal in kaart te brengen. Ook zijn de NPCF en de LVG gestart met de ontwikkeling van methodiek om de kwaliteit van geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden, vanuit het oogpunt van de burgers, te verbeteren. Een aantal beroepsverenigingen heeft gezamenlijk multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld die nu in de regio's worden geïmplementeerd. Met betrokken partijen zijn afspraken gemaakt om de huisartsenzorg en verpleging in de eerste lijn te versterken. Ook wordt gewerkt aan de vereenvoudiging van de bedrijfsvoering in de huisartsenzorg door middel van ICT.

Binnen het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg is afgesproken dat de voortgang van het actieprogramma in het najaar 2006 wordt geëvalueerd. Dan wordt bekeken op welke punten extra inspanningen noodzakelijk zijn en welke prioriteiten voor de komende jaren worden gesteld. Ik zal u hierover in een later stadium uitvoeriger informeren.

89. Kan de minister inzicht geven in de geleverde prestaties van de extra € 12 miljoen voor extra ambulancewagens en -personeel?

Van de €30 miljoen structureel extra middelen voor de ambulancezorg is op dit moment € 20,8 miljoen daadwerkelijk aangevraagd door de ambulancesector en goedgekeurd door verzekeraars. Dat bedrag zal naar verwachting in 2006 verder oplopen. Er zijn diverse redenen dat een dergelijk groot bedrag (€ 30 miljoen ten opzichte van het totale ambulancebudget van € 300) niet in een keer kan worden geïnvesteerd; het gespecialiseerde ambulancepersoneel moet worden geworven en daarnaast kijken verzekeraars kritisch naar de wijze van investeren. De ambulancesector kan nu aan de slag om de prestaties te verbeteren met de extra middelen, hierover zijn niet op korte termijn gegevens te realiseren.

Het RIVM-rapport "Spreiding en Beschikbaarheid" is opgesteld in samenwerking met de ambulancesector, verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit rapport heeft aangetoond dat met € 30 miljoen extra middelen de streefnorm van 15 minuten voor meer dan 95% gehaald kan worden.

90. Kan de minister aangeven hoe de ontwikkeling van de huisartsenposten in 2005 is geweest, of hij hier over tevreden is en welke doelstellingen al dan niet zijn gehaald?

In mei 2004 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een rapport uitgebracht, waarin aanbevelingen zijn gedaan voor verbetering van de kwaliteit van huisartsenposten. Aan de hand van dit rapport heeft de IGZ in 2005 follow-up onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de huisartsenposten en of de aanbevelingen uit het rapport in het veld zijn opgevolgd. De conclusies van dit follow-up onderzoek worden in oktober 2006 aan de Tweede Kamer in een rapport aangeboden.

91. Ad Spoedeisende Medische Hulpverlening: Kan de minister de betaling van € 0,2 miljoen aan de GGD Amsterdam toelichten?

Amsterdam heeft als startregio gefungeerd voor het C2000 project. Daarvoor was een subsidie verstrekt voor de ambulancesector aan de GGD Amsterdam. Bij de eindafrekening van dit project bleek er € 0,2 miljoen meer uitgegeven te zijn doordat het C2000 project, door landelijke redenen, vertraging opgelopen had. De VWS-geschillencommissie vond het vanzelfsprekend dat dit verschil aangevuld moest worden. Niet op de laatste plaats omdat de startregio in een overeenkomst met het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, gevrijwaard werd van alle kosten die dit project met zich bracht.

92. Is de doelstelling die de Stichting Agora met de genoemde € 0,4 miljoen moest bereiken, gehaald?

De Stichting AGORA ontvangt jaarlijks op basis van een subsidieaanvraag financiële middelen. Het subsidieverzoek vindt plaats in de vorm van een werkplan, hierover wordt periodiek met

VWS overlegd. Bij de afrekening vindt de financiële en inhoudelijke verantwoording plaats. De verantwoording over het jaar 2005 heeft inmiddels plaatsgevonden. Daarmee is dus aan de doelstelling zoals opgenomen in het werkplan 2005 voldaan.

93. *Welke extra uitgaven tandheelkunde 2004 werken door in 2005 voor € 33,2 miljoen? Idem tandheelkundig specialisten en overig curatieve zorg? Wat valt er onder overig curatieve zorg?*

In 2004 zijn er extra uitgaven aan tandheelkunde en overige curatieve zorg gedaan die een mogelijk structureel karakter hebben. Verder heeft zich bij tandheelkundig specialistische zorg en overige curatieve zorg een stijging voorgedaan in 2005. De stijging bij de tandheelkunde is vooral toe te schrijven aan een volumestijging van implantaatgedragen protheses. Voor de stijging bij de tandheelkundig specialistische zorg is geen duidelijke verklaring aan te geven. Voorlopig ga ik uit van een gecombineerd effect van demo-groei en een conjuncturele schommeling. De stijging bij overig curatieve zorg komt vooral voor rekening van de huisartsenlaboratoria, centra voor erfelijkheidsonderzoek en radiotherapeutische centra.

94. *Hoe vaak wordt "Sneller Beter" via internet geraadpleegd? Wordt dat bijgehouden? (= algemeen) Hoeveel hulpvragen heeft de praktische helpdesk gekregen? Konden zij deze hulpvragen ook beantwoorden?
"Er zijn nu meer initiatieven om samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg op te zetten" Hoeveel initiatieven zijn er? Neemt dat snel toe? Hoe succesvol zijn deze initiatieven?*

In 2005 is de website Sneller Beter gemiddeld ruim 1000 maal per dag geraadpleegd. De startpagina met goede voorbeelden werd van maart t/m mei 2006 40-65 x per dag geraadpleegd. Op info@snellerbeter.nl komen gemiddeld 4 vragen per week binnen. Dit zijn vragen over de website zelf (o.a. abonneren op nieuwsbrief), inhoudelijke vragen over het programma (deze vragen worden door VWS beantwoord) en vragen die niet gerelateerd zijn aan Sneller Beter (wachtlijsten, medische vragen, etc). Voor deze vragen is een standaard antwoord beschikbaar en zo nodig wordt doorverwezen naar huisarts of KiesBeter.nl.

Er zijn geen kwantitatieve gegevens beschikbaar over het aantal initiatieven om te komen tot samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg. Wel kan op basis van de contacten met het veld worden geconcludeerd dat diverse partijen - waaronder zogaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars - in toenemende mate een rol zijn gaan spelen om de eerstelijnszorg professioneler te organiseren. Ook de regionale ondersteuningsstructuren zijn op dit gebied actief. In de media zijn veel voorbeelden verschenen. De telefonische helpdesk - onderdeel van het aanjaagteam - is in toenemende mate benaderd voor informatie, materialen en advisering. In 2005 zijn ruim 1.000 contacten geregistreerd waarbij het in bijna 300 gevallen ging om advisering bij de opzet van een concreet samenwerkingsverband.

95. *Zijn alle extra middelen ingezet? Zo neen, hoeveel (nog) niet? Is de minister van mening dat met 12 + 18 = € 30 miljoen extra investering de streefnorm van 15 minuten voor gemiddeld 95% van de burgers kan worden gehaald?*

Zie het antwoord op vraag 89.

96. *Kan de minister een overzicht geven van de 44 extra, en in totaal 130 behandelcentra qua verleende zorg? Welke behandelingen worden vooral gedaan? Kan uit dit overzicht iets worden afgeleid?*

ZBC's leveren voornamelijk zorg, die in polikliniek of dagbehandeling kan plaatsvinden. De specialismen waar de ZBC's zich op richten zijn behoorlijk divers. Onder de specialismen die veelvuldig in zelfstandige behandelcentra worden aangeboden horen: orthopedie, oogheelkunde, plastische chirurgie en dermatologie. Cijfers over het aantal behandelingen dat ZBC's uitvoeren heb ik niet tot mijn beschikking.

97. *Wat is de oorzaak van de extra volumestijging van 1,1% (i.p.v. 1,3 - 2,6%)*

Voor 2005 was € 155 miljoen (1,5%) extra beschikbaar voor de kostenontwikkeling binnen ziekenhuizen. Op basis van de rapportage van CTG/ZAio bedroeg de kostenontwikkeling in het zogenoemde A-segment van de ziekenhuizen € 279 miljoen (2,6%). Dit is € 124 miljoen (1,1%) hoger dan de voor 2005 beschikbare ruimte. De oorzaak van deze volumestijging van 1,1% wordt voornamelijk veroorzaakt door volume-effecten in het variabele deel van de ziekenhuisbudgettering.

Daarnaast bedroeg de kostenontwikkeling 2005 in het zogenoemde B-segment € 40 miljoen (0,4%). De totale kostenontwikkeling voor het A- en B-segment bedroeg derhalve € 319 miljoen (3,0%). De overschrijding 2005 ziekenhuizen komt hiermee op € 164 miljoen (1,5%).

98. *Wat is het productiecijfer van het A en B-segment in 2004 en 2005?*

De in de tabel op pagina 51 opgenomen productiegegevens hebben voor de jaren 2002 tot en met 2004 betrekking op de gerealiseerde aantallen. In die jaren was er nog geen onderscheid in een A-segment en een B-segment. De voor 2005 opgenomen gegevens hebben betrekking op de afgesproken aantallen in het zogenoemde A-segment. De gegevens over de aantallen geleverde zorg in het B-segment zijn nog niet bekend.

Indien echter de kostenontwikkeling als productiecijfer zou worden genomen, kan worden gesteld dat de kostenontwikkeling in de periode 2001-2004 ca. 4% per jaar was. De kostenontwikkeling 2005 bedroeg, op basis van de huidige cijfers, 3,0% voor het A- en B-segment tezamen.

99. *Wanneer komen de eerste wachtlijstrapportages van het DIS beschikbaar? Is de verwachting dat het DIS minder kosten met zich meebrengt als de registratie door het NVZ? Hoe groot is dat verschil? Op welke wijze kan worden geconcludeerd dat de wachtlijsten levensbedreigende aandoeningen in 2005 zijn afgenomen?*

Wachttijdgegevens komen na de zomer 2006 beschikbaar op www.kiesbeter.nl. De wachttijden worden op dit moment bijgehouden op het niveau van het specialisme. Naar verwachting in 2007 zijn de wachttijden af te leiden uit de DBC registratie en komen dan op DBC niveau beschikbaar. De aparte wachttijden registratie in de ziekenhuizen kan dan komen te vervallen. De minderkosten hiervan zijn op dit moment niet bekend.

Signalen over tekortschietende acute zorg bij levensbedreigende zijn niet bekend. Lang niet voor alle levensbedreigende aandoeningen waren er tot nu toe specifieke registraties van de wachttijden beschikbaar. Voor de openhartoperaties en dotteroperaties waren deze registraties er wel en zijn geen problematische wachttijden (bron: BHN). Op grond van een recente telefonische enquête van de radiotherapeutische centra zijn de wachttijden voor radiotherapie ook afgenomen en nergens toegenomen.

100. *De rol van levensbedreigende ziektes lijkt te zijn afgenomen. Met het oog hierop de volgende vraag: De wachtlijstgegevens over 2005 komen pas in de loop van 2006 beschikbaar. Heeft de minister al een indicatie van de ontwikkeling?*

Wachttijdgegevens komen na de zomer 2006 beschikbaar op www.kiesbeter.nl. De wachttijden worden bijgehouden op het niveau van het specialisme. De wachttijden voor interventies aan het hart werden al eerder systematisch geregistreerd via de BHN (begeleidingscommissie hartchirurgie Nederland).

101. *Wanneer zal de Kamer het Uurtarief medisch Specialisten uiterlijk ontvangen?*

Bij de aanbieding van het rapport van de Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten, dat een meerderheids- en een minderheidsstandpunt bevat, aan de Tweede Kamer op 12 januari 2006, heb ik aangegeven dat ik voor de zomer een standpunt zal innemen. Ik streef ernaar om deze planning aan te houden, zoals ik ook heb toegezegd tijdens het VAO Health care governance op 18 mei 2006. Het vaststellen van een uurtarief voor specialisten is echter geen gemakkelijke zaak. Om tot een afgewogen oordeel te kunnen

komen, heb ik voldoende informatie nodig, waaronder de gegevens uit het zogeheten Tijdbestedingsonderzoek. Deze informatie is mij inmiddels toegezegd, maar heb ik nog niet ontvangen van de Orde van Medisch Specialisten.

102. DBC-knelpunten: welke voorstellen heeft de veegploeg in 2005 gedaan en wat heeft dat bijgedragen aan het oplossen van welke knelpunten?

In de zomer van 2005 heb ik de veegploeg opdracht gegeven om voorstellen te doen om registratie uitval te voorkomen. Daarnaast heb ik CTG-ZAio, het CVZ en de Stichting DBC Onderhoud gevraagd om oplossingen aan te dragen voor het verduidelijken van de DBC factuur. Deze voorstellen zijn gebundeld en intensief besproken met het veld. In het bestuurlijk overleg van 6 september 2005 zijn vervolgens afspraken gemaakt over prioritering van deze voorstellen. Uiteindelijk is een deel van deze voorstellen ingevoerd per 1 februari 2006 het andere deel zal worden ingevoerd per 1 januari 2007.

In de periodieke voortgangsrapportage DBC's van 17 november 2005 (TK 2005-2006, 29248, nr. 20) heb ik u reeds geïnformeerd over de inhoud van deze verbeterpakketten. In de eerstvolgende periodieke voortgangsrapportage DBC's kunt u meer lezen over de invoering van deze verbeteringen.

103. Het koppelen van donorformulieren aan paspoorten was positief. Wat wordt hiermee bedoeld? Wat was positief, leverde het meer donoren op?

De proef hield in dat bij zestien gemeenten burgers die voor een nieuw reisdocument kwamen tegelijkertijd herinnerd werden aan het maken van een donorkeuze. De dienst Burgerzaken verstreekte daarbij het donorformulier. De proef is geslaagd. Burgers waardeerden deze service en de proef heeft meer registraties in het donorregister opgeleverd. Voor de medewerkers van de afdelingen Burgerzaken bleek het meegeven van het donorformulier een kleine moeite.

104. Waarin verschilt het convenant 2005-2006 met dat van 2006-2007?

Het convenant 2006-2007 heeft een looptijd van twee jaar en de voor 2006, respectievelijk 2007 afgesproken prijsverlagingen zijn groter dan die voor 2005. Met het nieuwe convenant is in 2006 een te besparen bedrag gemoeid van € 843 miljoen en in 2007 van (vooralsnog) € 971 miljoen. Zie ook mijn brief van 13 december 2005.

105. Opvallend gegeven is dat binnen beleidsartikel 23.1 de voornaamste doelstellingen zijn gedefinieerd binnen het geneesmiddelenbeleid; betekent dit dat op het gebied van nieuwe technologieën en medische hulpmiddelen geen noemenswaardig beleid is gevoerd?

De algemene beleidsdoelstelling in beleidsartikel 23.1 omvat zowel geneesmiddelen als het gebied van medische technologie en transplantaten. Bij het benoemen van de belangrijkste resultaten in dat laatste gebied is gekozen voor een tweetal resultaten op het gebied van transplantaten. Er is echter wel degelijk noemenswaardig beleid gevoerd op het gebied van nieuwe technologieën en medische hulpmiddelen. Deze worden deels benoemd in paragraaf 23.3.2 (beleidsprestaties ten aanzien van medische biotechnologie en implementeren van Europese richtlijnen).

106. Wat zijn activiteiten Z-index?

De Z-index verzamelt, controleert, verrijkt, koppelt, beheert en verspreidt gegevens van minimaal alle producten die bij de openbare apotheek te verkrijgen zijn. Deze databank heet de G-standaard. De G-Standaard ondersteunt op geïntegreerde wijze het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten. Ze wordt onder meer gebruikt door alle artsen, apothekers, zorgverzekeraars, het bedrijfsleven en de overheid.

Onderdeel van de G-Standaard is de Taxe. Hierin staan ondermeer alle geneesmiddelenprijzen die door de fabrikant worden vastgesteld en de vergoedingslimieten, die door de Minister worden vastgesteld.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) bereidt een uitspraak voor of Z-index deze taken kan blijven uitvoeren zonder dat dit leidt tot het verstoren van de markt.

107. Hoe lang duurt het voordat een (wees)geneesmiddel geregistreerd is? Levert deze periode van werkers in het veld problemen op?

De duur van registratie van een weesgeneesmiddel varieert. Een farmaceutisch bedrijf dat een geneesmiddel in ontwikkeling heeft dat in aanmerking zou kunnen komen voor de status van weesgeneesmiddel (Engelstalige term: orphan drug), kan deze status aanvragen bij de Europese registratieautoriteit. Deze autoriteit onderzoekt aan de hand van wettelijk geldende criteria of het desbetreffende geneesmiddel inderdaad voor de weesgeneesmiddelstatus in aanmerking komt. Een positieve mening wordt bekrachtigd door de Europese Commissie en het middel wordt geplaatst op een openbare lijst (<http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/register/alforphreg.htm>). Er is dan sprake van een potentieel weesgeneesmiddel, of anders gesteld, een weesgeneesmiddel in ontwikkeling. De periode tussen de datum van aanwijzing als weesgeneesmiddel ('orphan drug designation') en registratie is thans gemiddeld 2 jaar en 8 maanden en varieert van 6 maanden tot ruim 5 jaar. Deze berekening is gebaseerd op een nog beperkt aantal (namelijk 24) geregistreerde weesgeneesmiddelen in Europa. De periode tót afgifte van de orphan designation status (vanaf het moment van 'ontdekking van het molecuul') is veel moeilijker in te schatten maar bedraagt gewoonlijk vele jaren en dit is niet veel anders dan bij de niet-weesgeneesmiddelen. Het is van belang dat werkers in het veld (en niet te vergeten patiënten) zich bewust zijn van de complexe, langdurige (en meestal) kostbare weg tot registratie van een (wees)geneesmiddel. Het is overigens gebleken dat een aantal weesgeneesmiddelen registratie heeft verkregen onder 'uitzonderlijke omstandigheden'. Dit betekent dat de fabrikant in feite een versnelde registratie heeft verkregen, maar dat de registratieautoriteit de verplichting heeft opgelegd aan de registratiehouder om aanvullende gegevens over werkzaamheid en veiligheid te overleggen. Onder bepaalde omstandigheden is het ook mogelijk een (wees)geneesmiddel een voorwaardelijke registratie te verlenen. Dit is aan de orde als de medische noodzaak groot is. Het gaat dan om ernstige aandoeningen waarvoor de beschikbare therapie ontoereikend is. Ook in deze situatie moet de registratiehouder aanvullende gegevens verstrekken.

108. Wat zijn de argumenten voor aanpassing van de Wet Geneesmiddelen Prijzen?

De Wet Geneesmiddelenprijzen biedt de mogelijkheid maximumprijzen voor geneesmiddelen vast te stellen op het gemiddelde van de prijzen van vergelijkbare geneesmiddelen in België, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Doel van de wet is om te zorgen dat de prijzen in Nederland vergelijkbaar zijn met de prijzen in de ons omringende landen. Uit een eerste onderzoek is gebleken dat dit doel nog niet volledig wordt bereikt en dat de belangrijkste oorzaak hiervan ligt in de lijst die thans wordt gebruikt voor prijzen in het Verenigd Koninkrijk. Uitbreiden van de vergelijking met meer landen bleek niet nodig. Thans wordt nog onderzocht hoe verbetering het best kan worden bereikt. Naar verwachting wordt dit onderzoek in juli afgerond. Daarna zal ik de Tweede Kamer informeren hoe en wanneer ik de verbetering zal realiseren. Voor de duidelijkheid: het gaat niet om een aanpassing van de wet zelf, maar om een aanpassing van de uitvoering van de wet.

109. Welk percentage van de gerealiseerde apparaatuitgaven is in 2005 uitgegeven aan de genoemde reorganisatie? Waar is het bedrag aan reorganisatiekosten opgebouwd?

De gerealiseerde apparaatuitgaven zijn niet uitgegeven aan de genoemde reorganisatie. Er zijn geen middelen besteed aan de reorganisatie. In het jaarverslag is alleen aangegeven dat als gevolg van een interne reorganisatie apparaatuitgaven verschoven zijn naar een ander artikel.

110. Wat is de invloed van de vertraging in de voorbereidingen van de GGZ-sector op de invoering van DBC's in de GGZ?

In een bestuurlijk overleg op 23 mei 2006 is met alle betrokken partijen besloten om per 1 januari 2008 over te gaan op DBC-declaratie in de geneeskundige GGZ. Vooral het zorgvuldig

afronden van de discussie over de privacy (welke informatie komt er op de nota) en het implementeren van de ICT ten behoeve van de aanlevering aan het DBC informatiesysteem (DIS) en het DBC-declaratiesysteem vergt meer tijd dan verwacht. Hierdoor is DBC declaratie per 1 januari 2007 niet haalbaar. Door de extra tijd kan per 1 januari 2008 op zorgvuldige en verantwoorde wijze op DBC-declaratie worden overgegaan. Het jaar 2007 moet worden gezien als een overgangsjaar. GGZ aanbieders zullen in 2007 een registratie in DBC's en in CTG-termen (ten behoeve van de bekostiging) moeten voeren.

Ik zal u hierover nog bij separate brief informeren.

111. Hoe kan de sterke terugloop in verstrekte subsidies aan de GGZ verklaard worden en wat zijn de effecten van deze halvering ten opzichte van de begroting?

De terugloop van de verstrekte subsidies wordt grotendeels (€ 12 miljoen) verklaard doordat de subsidieregeling psychosociale begeleiding in de Maatschappelijke Opvang is beëindigd. Het vrijvallende bedrag is in 2005 overgeheveld naar sector 27.13 ten behoeve van verhoging van de subsidieregeling 'Diensten bij wonen met zorg'.

Het resterende verschil kan verklaard doordat er minder gerealiseerd is dan geraamd in de begroting 2005. De onderuitputting betreft de subsidieregelingen methadon, OGGZ en zorgvernieuwing GGZ.

112. In de GGZ is extra productie gedraaid. Is bekend of hierdoor ook meer mensen geholpen zijn of is de intensiteit van de behandelingen toegenomen?

De extra productie die in 2005 is gedraaid in de GGZ heeft er toe geleid dat er meer mensen zijn geholpen. Het aantal behandelde cliënten in de GGZ is in 2005 met 7% toegenomen.

113. Hoeveel extra cliënten zijn geholpen als gevolg van de volumegroei in de GGZ? Komt de procentuele volumegroei overeen met het percentage cliënten dat extra geholpen wordt? Wat verklaart eventuele verschillen?

In 2005 is het aantal behandelde cliënten in de GGZ met 7% toegenomen. Het percentage cliënten dat extra is geholpen is fors hoger dan de procentuele volumegroei. Het verschil kan worden verklaard doordat het aantal gemiddelde behandelingen per cliënt is afgenomen.

114. Van de voorgenomen beleidsprestaties onder paragraaf 24.3.2 is er van de 6 slechts één gerealiseerd (punt 5). De punten 2, 3, 4 en 6 zijn slechts gedeeltelijk gerealiseerd en punt 1 helemaal niet. Kunt u aangegeven in welke mate de punten 2, 3, 4, en 6 wel zijn gelukt?

Voor alle punten die 'gedeeltelijk' zijn gerealiseerd geldt dat het om langlopende en nog niet afgesloten trajecten gaat. Totale realisatie van de beleidsprestatie is feitelijk pas mogelijk bij afsluiting van de projecten. Momenteel wordt binnen de planningen doorgewerkt aan realisatie van deze projecten.

Wat betreft het niet gerealiseerde punt 1 (overheveling van de GGZ-cure naar Zvw per 1 januari 2006) is besloten om deze overheveling, vanuit oogpunt van zorgvuldigheid, gefaseerd uit te voeren (waardoor deze beleidsprestatie niet kon worden gerealiseerd). Bij deze beleidsprestatie was inderdaad sprake van een te rooskleurige inschatting van het benodigde tijdpad. Ook bij dit project wordt, binnen de bijgestelde planning, verder gewerkt aan realisatie van de beleidsprestatie.

115. Heeft u onder paragraaf 24.3.2 uw voorgenomen beleidsprestaties te hoog ingeschat of zijn er andere redenen waarom de prestaties hierop achterbleven?

Zie het antwoord op vraag 114.

116. Welke stappen gaat de minister ondernemen, gezien het feit dat toegankelijkheid en kwaliteit van het aanbod tot de kerntaken horen van de minister van Volksgezondheid, om de prestaties op dit terrein te verbeteren?

Zie het antwoord op vraag 114.

117. Via enkele projecten heeft VWS geld beschikbaar gesteld voor het versterken van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, de zgn. drielijnsprojecten. Hoe gaat u de uitkomst van deze projecten omzetten in regulier beleid?

Eind 2005 en begin 2006 zijn enkele bijeenkomsten georganiseerd met partijen in het veld. De bevindingen uit deze bijeenkomsten moeten gezamenlijk leiden tot een programmatisch advies aan de regionale partijen die op basis van een eigen regionale analyse en keuze tot een plan van aanpak kunnen komen voor het blijvend versterken van de eerstelijns ggz. Daarmee wordt een efficiënte eerstelijns ggz gestimuleerd, wordt zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn geleverd en worden onnodige verwijzingen naar de tweedelijns ggz voorkomen.

Om goede voorbeelden in de eerstelijns ggz te borgen en uit te rollen is een taak weggelegd voor de regionale ondersteuningsstructuren (ROS-sen). De beleidsregel van de ROS-sen heb ik daartoe met € 3 miljoen verhoogd.

118. In de jeugd-GGZ is € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld voor jongeren met psychiatrische stoornissen in combinatie met gedragsstoornissen. Is er ook speciale aandacht voor jongeren met stoornissen in het Autisme Spectrum?

De beschikbare € 5 miljoen is beschikbaar gesteld voor de behandeling van jongeren met psychische stoornissen en gedragstoornissen in de crisisopvang van justitiële jeugdinrichtingen. Bij een deel van deze jongeren is naar alle waarschijnlijkheid sprake van stoornissen in het autisme spectrum. De invalshoek voor het verstrekken van deze middelen is echter vooral een snelle en adequate behandeling van alle jongeren in de crisisopvang van justitiële jeugdinrichtingen, vooruitlopend op het creëren van nieuwe plekken voor deze jongeren in de Jeugd-GGZ. Een oormerking van middelen voor jongeren met stoornissen in het autisme spectrum heeft dan ook niet plaatsgevonden.

119. Ook de prestaties op het gebied van de verslavingszorg zijn op één punt na slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Hoe effectief is uw beleid op het terrein van de verslavingszorg? Wat gaat u doen om uw effectiviteit op dit terrein te vergroten?

Van de zes omschreven beleidsprestaties is er één volledig gerealiseerd. Maar ook op de terreinen van de andere vijf beleidsprestaties is het afgelopen jaar veel voortgang geboekt, zoals ik ook in het jaarverslag omschreven heb.

Zo is het aantal plaatsen voor heroïnebehandeling meer dan verdubbeld. Daarnaast zijn de extra inspanningen naar aanleiding van het Actieplan Alcoholzorg regulier onderdeel geworden van de hulpverlening.

Ik heb niet altijd directe invloed op het volledig realiseren van voorgenomen beleidsprestaties. Daarbij ben ik ook afhankelijk van het initiatief van andere stakeholders, zoals gemeenten, zorginstellingen en andere betrokken instanties. In een aantal gevallen heeft het proces vertraging opgelopen en zullen de beleidsprestaties lopende 2006 alsnog gerealiseerd worden. Ik ben echter wel van mening dat ik met mijn inspanningen op de terreinen zoals die in het jaarverslag genoemd staan, heb bijgedragen aan een kwalitatief goede en effectieve verslavingszorg. In de toekomst zal ik deze inspanningen blijven verrichten.

120. Wat zijn de vorderingen in het komen tot een regionale dekking van dubbel-diagnose behandelingen?

Zoals ik in het jaarverslag heb aangegeven is inmiddels in de meeste regio's een zorgaanbod voor verslaafden met psychiatrische stoornissen gerealiseerd. Ik heb verschillende malen aan de sector gecommuniceerd wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van een dubbel diagnose afdeling. De instellingen dienen hier echter zelf een voorstel voor in te dienen, ik kan een dergelijke zorginhoudelijke ontwikkeling slechts stimuleren, niet verplichten. De sector onderschrijft het belang van dergelijke voorzieningen en heeft voor een groot deel al gebruikt gemaakt van de geboden mogelijkheden voor het opzetten van een dubbel diagnose afdeling. In

een aantal gevallen blijkt de afstemming tussen de verslavingszorg en de GGZ-instelling enige tijd in beslag te nemen, waardoor de aanvraag nog niet is ingediend.

121. Wat is de voortgang van de uitbreiding van de capaciteit van de maatschappelijke opvang, hoe wordt hierover gerapporteerd en hoe blijft deze doelstelling zichtbaar in de brede doeluitkering SIV?

De afspraken in het kader van het GSB III hebben betrekking op een periode die eindigt in 2009. Iedere stad moet dan aangeven of de doelstelling – in dit geval daling van de gemiddelde verblijfsduur in de maatschappelijke opvang – gerealiseerd is. Op deze manier blijft zichtbaar waartoe de inzet van de middelen die de stad voor maatschappelijke opvang heeft geleid.

122. Op het terrein van de maatschappelijke opvang zijn geen van de gestelde doelen gerealiseerd. Hoe komt dit? Welke maatregelen neemt u om uw effectiviteit op dit terrein te vergroten?

De gestelde doelen zijn gedeeltelijk gerealiseerd. Dat heeft voor wat betreft de GSB-doelstellingen (nrs. 1 en 2) te maken met de afgesproken termijn om die doelstellingen te halen (zie ook het antwoord op vraag 121).

De doelstellingen 3 en 4 zijn lange termijn doelstellingen. Om die doelstellingen te realiseren worden de volgende maatregelen ingezet:

- de ontwikkeling van een kennisprogramma maatschappelijke opvang en vrouwenopvang bij ZonMw;
- Projecten zoals Geef opvang de ruimte en Dremfels weg die nog niet afgerond zijn.

123. Welke acties zijn er ondernomen om toch de 1000 heroïnebehandelplaatsen te halen? Is er contact geweest met de gemeenten die geen plannen hebben ingediend? Waarom hebben die gemeenten geen plannen ingediend?

Eind vorig jaar heeft uw Kamer twee amendementen aangenomen waarmee extra geld vrij kwam op mijn begroting en de begroting van Justitie voor de uitbreiding van de heroïnebehandeling voor 2006 en 2007. De vier steden die als gevolg hiervan alsnog in aanmerking kwamen voor uitbreidingsplaatsen heb ik per brief van deze mogelijkheid op de hoogte gesteld. Vervolgens hebben deze steden alsnog een herziene aanvraag ingediend. Naar aanleiding daarvan heb ik de gemeenten Leeuwarden, Maastricht, Deventer en Leiden per brief van 2 mei jl. toestemming gegeven om ieder 25 behandelplaatsen te realiseren. Het totaal aantal plaatsen heroïnebehandeling komt hiermee op 815.

Het proces van de uitbreiding van de heroïnebehandeling kent een lang voortraject. Na het verschijnen van het advies van de CIBH en de wens van uw Kamer om de heroïnebehandeling uit te breiden tot maximaal 1000 plaatsen, heb ik in oktober 2004 alle steden die volgens het advies van de CIBH in aanmerking zouden komen voor uitbreidingsplaatsen heroïnebehandeling op de hoogte gesteld van deze mogelijkheid en de procedure rondom de uitbreiding. Toen er in juni 2005 duidelijkheid kwam over het beschikbare budget voor de uitbreiding, zijn alle steden die in eerdere instantie een aanvraag hadden ingediend in de gelegenheid gesteld om definitief aan te geven of zij op basis van het eenmalige beschikbare budget hun aanvraag definitief wilden doorzetten. Een aantal steden heeft als gevolg van het ontbreken van structurele financiering afgezien van het aanvragen van uitbreidingsplaatsen.

124. Aan welke eisen voldeden de aanvragen van een aantal gemeenten voor heroïnebehandelplaatsen niet?

In mijn brieven aan de steden over de procedure rond de uitbreiding van de heroïnebehandeling heb ik de voorwaarde gesteld dat de steden een definitief besluit over het realiseren van uitbreidingsplaatsen op basis van een eenmalige Rijksbijdrage, dienden te nemen.

Een aantal gemeenten had in haar aanvraag voor uitbreidingsplaatsen echter een voorbehoud opgenomen dat zij alleen met de heroïnebehandeling zouden starten als het Rijk zou bijdragen in de structurele financiering. De steden hebben hiermee dus geen definitief besluit voor het realiseren van een behandel eenheid genomen. Om die reden heb ik een aantal aanvragen

afgewezen.

Daarnaast hebben twee steden een groter aantal plaatsen aangevraagd dan volgens de criteria van de CIBH voor hun regio is toegestaan. In mijn brieven aan de gemeenten heb ik steeds gesteld dat ik de criteria van de CIBH, ook wat betreft de verdeling van het aantal te realiseren plaatsen per regio, bij het toewijzen van uitbreidingsplaatsen zou volgen. Daarom heb ik deze aanvragen niet of slechts gedeeltelijk gehonoreerd.

125. Kan de regering aangeven hoe de verdeling van het aantal plaatsen begeleid wonen en zorgplaatsen er na de substantiële uitbreiding eruit ziet?

Hierover is nog geen landelijke informatie beschikbaar. In de Voortgangsrapportage IBO 2006 zal ik u hierover meer informatie verstrekken. Signalen van instellingen geven een forse uitbreiding aan. De Stichting Maatschappelijke Opvang Fryslan is bijvoorbeeld in twee jaar tijd gestegen van 80 naar 300 plaatsen begeleid wonen.

126. In paragraaf 24.3.5 zijn van de vijf voorgenomen beleidsprestaties er slechts twee gerealiseerd. Hoe komt dit?

- 1) Deze beleidsprestatie is gerealiseerd omdat door de inzet van AWBZ-middelen instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang in staat waren de zorg voor hun cliënten te verbeteren.
- 2) Bij deze beleidsprestatie staat gedeeltelijk om de volgende reden. Het was onze verwachting dat de regeling van het klachtrecht en die inzake de observatiemachtiging Wet BOPZ in 2005 in werking zouden treden. Beiden zijn echter in 2006 in werking getreden, respectievelijk op 1 maart 2006 en 1 januari 2006 (de regeling van de observatiemachtiging met name om het veld voldoende tijd te geven om zich voor te bereiden). Vandaar dat hier is opgenomen: "realisatie gedeeltelijk".
- 3) Gerealiseerd.
- 4) In 2005 is gestart met het evaluatietraject van de medische en seksuologische hulpverlening. Mogelijkheden voor ruimte voor preventie van ongewenste zwangerschap in de eerstelijns hulpverlening zijn geïnventariseerd en worden met de evaluatie in 2006 meegenomen.
- 5) Er is vertraging opgetreden omdat het advies van de RVZ over vrouwenbesnijdenis pas op 23 maart 2005 (planning was eind 2004) is ontvangen. Het kabinet heeft hierover vervolgens met haar brief PG/OGZ 2.594.902 een standpunt gegeven. Op korte termijn zal de Kamer een tussenrapportage ontvangen.

127. Wat gaat u doen om hierin verandering te brengen?

Zie het antwoord op vraag 126.

128. Zijn de genoemde protocollen van het CIZ ook goedgekeurd door het Ministerie van VWS?

De genoemde protocollen van het CIZ (gebruikelijke zorg, huishoudelijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding) zijn als zodanig niet door het Ministerie van VWS goedgekeurd. Het betreft hier documenten die het CIZ met het oog op de vereiste uniformiteit heeft vastgesteld, na overleg met veldpartijen, om intern nader toe te lichten hoe de indicatiecriteria door de indicatiestellers toegepast dienen te worden. Inmiddels heeft het CIZ de indicatiecriteria voor alle te indiceren functies en gebruikelijke zorg in protocollen vastgesteld. In overleg met het College Voor Zorgverzekeringen heeft het CIZ tevens, op basis van de indicatiecriteria uit de protocollen, concept-beleidsregels opgesteld ten behoeve van VWS. Gegeven de bevoegdheid van VWS om beleidsregels vast te stellen met betrekking tot de werkwijze van het indicatieorgaan zal op korte termijn deze bevoegdheid benut worden voor het verankeren van de indicatiecriteria in beleidsregels.

129. Alle ketenpartners zijn aangesloten op het AZR. Betekent dit dat nu al het berichtenverkeer binnen de AWBZ via het AZR verloopt, of wordt er ook nog handmatig geadministreerd?

Het aantal ketenpartners betreft ca. 80 CIZ-kantoren, 32 zorgkantoren en ca. 3.000 locaties van zorgaanbieders. Doel is dat al deze organisaties op uniforme wijze informatie gaan uitwisselen (berichtenverkeer) met de AZR. Gezien het grote aantal ketenpartners is de invoering van de AZR een grootschalige operatie.

Tussen de CIZ-kantoren en de zorgkantoren is sprake van 100% berichtenverkeer. Tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders ligt de verhouding anders. Vrijwel alle zorgaanbieders kunnen de indicatiebesluiten elektronisch ontvangen via het zorgkantoor. Maar hooguit een kwart van de zorgaanbieders is in staat de zorglevering in berichtvorm (melding aanvang zorg) terug te melden. Circa driekwart van de zorgaanbieders meldt de zorglevering via de webapplicatie van het zorgkantoor; sommige zorgaanbieders melden niets terug.

130. Welke concrete problemen zijn er nog met betrekking tot de AZR?

Concreet is er een aantal redenen waardoor de AZR nog niet goed functioneert. In eerste instantie komt dit door technische oorzaken. De systemen moeten onderling goed op elkaar aansluiten: het berichtenverkeer moet goed werken. De komende maanden wordt een nieuwe release (versie 2.1) van de AZR in gebruik genomen. De CIZ-kantoren en de zorgkantoren gaan in mei/juni over. De zorgaanbieders sluiten aan in de periode september-november.

Er zijn voorts nog verbeteringen mogelijk op het vlak van het bovenregionaal berichtenverkeer tussen zorgkantoren onderling; ook moet het codestelsel nodig voor het elektronisch adresseren van de berichten een kwaliteitsslag maken. Beide aanpassingen zijn echter niet voortgangsbelemmerend voor de invoering van de nieuwe release.

Ten aanzien van het feitelijk gebruik van de AZR valt op dat de zorgaanbieders nog onvoldoende hun gegevens over de zorglevering aan het zorgkantoor doorgeven (zie ook vraag 129). Dit leidt tot onbetrouwbare (te hoge) wachtlijsten; indicaties worden immers niet afgemeld.

131. Wat zijn de totale kosten van het CIZ op dit moment? Hoeveel hiervan gaat er nu naar de indicaties van huishoudelijke zorg? Met hoeveel dalen de kosten van het CIZ na invoering van de Wmo? Volgens voorstellen van de Commissie De Beer kunnen de uitvoeringskosten van het CIZ (voormalig RIO) verminderd worden met 45%. Hoeveel is daarvan gerealiseerd?

Het CIZ heeft voor het jaar 2006 een instellingssubsidie van € 152,9 miljoen ontvangen. Hiervan is €150,9 miljoen bestemd voor de indicatiestelling AWBZ en € 2 miljoen voor het sociaal plan. Daarnaast zijn aan het CIZ in 2004 en 2005 projectsubsidies toegekend die nog gedeeltelijk doorlopen tot in 2006. Het betreft een project voor de transitie van de organisatie en een project voor het afgeven van indicatiebesluiten ten behoeve van personen die zorg ontvangen zonder dat daaraan een geldig indicatiebesluit ten grondslag ligt (de zogenaamde non-indicaties).

Op dit moment is niet precies bekend hoeveel van de totale kosten gemoeid zijn met de indicatiestelling voor huishoudelijke zorg. Ik ben met het CIZ in gesprek over de manier waarop dit moet worden berekend en hoe de daling in kosten die ontstaat door de invoering van de WMO kan worden verwerkt in de begroting 2007. Vooral het feit dat een groot gedeelte van de indicaties voor huishoudelijke zorg onderdeel uitmaakt van een meervoudige indicatie waarin ook wordt geïndiceerd voor andere functies uit de AWBZ, bemoeilijkt deze berekening.

In 2005 was door het CIZ € 159,8 miljoen aangevraagd voor de indicatiestelling AWBZ. Naar aanleiding van het amendement Vietsch is hierop in 2005 €4 miljoen in mindering gebracht. In 2006 is € 10 miljoen in mindering gebracht ten opzichte van de oorspronkelijke begroting 2005. Dit bedrag is echter met € 1,1 miljoen verhoogd in verband met de loonbijstelling. In 2007 wordt in totaal € 15 miljoen minder beschikbaar gesteld ten opzichte van de oorspronkelijke begroting 2005. Het CIZ moet deze bezuinigingen onder andere bereiken door de vereenvoudiging van de werkprocessen.

De Tweede Kamer is bij brief van 10 juni 2004 (kamerstuk 26 631, nr. 95) geïnformeerd over de centralisatie van de indicatiestelling. In deze brief is ook ingegaan op de verwachte kostenbesparing die hierboven wordt genoemd. Er zijn geen berekeningen van de kosten die het met zich mee zou brengen om de zorgverleners zelf de indicaties te laten doen. Echter, de bovengenoemde kostenbesparingen zijn het resultaat van de centralisatie van de indicatiestelling. Indien de zorgverleners de indicaties gaan stellen, wordt deze centralisatie teniet gedaan.

132. Hoeveel zou het kosten om zorgverleners zelf de indicaties te laten stellen ten opzichte van dit bedrag?

Zie het antwoord op vraag 131.

133. Commissie De Beer heeft de kosten van naleving beraamd op € 30 miljoen. Bekend is dat veel zorgverleners extra tijd kwijt zijn door het disfunctioneren van het CIZ waardoor de totale kosten van naleving waarschijnlijk hoger liggen. Hoe schat de regering dit in?

Ik veronderstel dat u doelt op de berekeningen in het rapport van Commissie De Beer waaruit blijkt dat de kosten van de administratieve lasten die gemoeid zijn met de indicatiestelling € 31.903.000 bedragen. In het rapport geeft de commissie ook aan hoe de administratieve lasten kunnen worden verminderd. Het rapport van Commissie De Beer dateert van januari 2002. Op 1 januari 2005 is het CIZ van start gegaan. Uit het jaarverslag (pag. 71 en 73) blijkt dat in dit eerste jaar door het CIZ belangrijke stappen zijn gezet op het gebied van protocolleren, standaardiseren en mandateren van de indicatiestelling. Deze maatregelen zijn ook door de Commissie de Beer geadviseerd. Ik ben dan ook van mening met de centrale uitvoering van de indicatiestelling door het CIZ een belangrijke stap in de goede richting is gezet om te kunnen komen tot een vermindering van de administratieve lasten.

134. Op twee van de drie voorgenomen beleidsprestaties op het terrein van de indicatiestelling is het beoogde resultaat niet behaald. De kwaliteit en de doelmatigheid van de indicatiestelling zijn onder de maat. Hoe komt dit?

In het jaarverslag is aangegeven dat de beoogde beleidsprestaties inzake het verbeteren van de doelmatigheid en de kwaliteit van de indicatiestelling in 2005 gedeeltelijk zijn gehaald. In de toelichting is aangegeven hoe dit komt. Zowel wat betreft kwaliteit als wat betreft doelmatigheid vergden de inspanningen van het CIZ een langere voorbereiding en implementatie zodat een en ander in 2005 niet kon worden afgerond. De suggestie dat de kwaliteit en de doelmatigheid van de indicatiestelling derhalve nu 'onder de maat' zouden zijn acht ik onterecht.

135. Hoe worden de kwaliteit en de doelmatigheid van de indicatiestelling gemeten?

In het jaarverslag van het CIZ is op pagina 73 aangegeven dat de kwaliteit van de indicatiestelling moet worden verbeterd door uniformering, standaardisering en afbakening ten opzichte van andere voorzieningen. Deze beleidsprestatie kan worden gemeten door na te gaan in hoeverre er protocollen zijn die dit bewerkstelligen. Door de indicatiestelling per regio te vergelijken kan gemeten worden in hoeverre de indicatiestelling daadwerkelijk uniform verloopt. Bij de doelmatigheid van de indicatiestelling gaat het er om dat, wanneer dit mogelijk is, indicaties snel worden afgehandeld. Deze beleidsprestatie kan worden gemeten door na te gaan in hoeverre het werkproces dit bevordert. Of de indicatiestelling in de praktijk daadwerkelijk doelmatig verloopt, blijkt uit de doorlooptijd en de kosten per indicatie. Recentelijk heeft het CIZ een trendrapportage opgesteld waarin gegevens over 2005 zijn opgenomen. Het CIZ geeft hierin aan dat vooruitgang is geboekt op het gebied van de doorlooptijd. In deze rapportage zijn nog geen gegevens over de indicatiestelling per regio opgenomen. Het CIZ verwacht dat deze informatie in de loop van 2006 wel beschikbaar komt.

136. Vanaf mei 2005 kunnen zorgaanbieders gemandateerd worden om indicaties te stellen. Heeft deze aanpak effect op de werkdruk van de CIZ?

Standaardisatie van de afhandeling van bepaalde indicatieaanvragen heeft er sinds mei 2005 toe geleid dat, uitgaande van een potentieel van ruim 3000 zorgaanbieders, inmiddels 36% daarvan voor taakmandaat een SIP-overeenkomst (standaard indicatie procedure) met het CIZ heeft gesloten en het percentage feitelijke gebruikers op 20% ligt (maart 2006). Omdat het hier met name gaat om afhandeling van de meer eenvoudige en de enkelvoudige aanvragen is de indruk dat dit nog slechts in geringe mate heeft bijgedragen aan vermindering van de werkdruk bij het CIZ.

137. *Voor de Kamer was de voorwaarde van mandatering dat zorgvragers kunnen kiezen voor indicatiestelling door het onafhankelijke CIZ. Bestaat deze mogelijkheid ook daadwerkelijk? Zo ja, wordt er ook gebruik van gemaakt?*

Ja, die mogelijkheid bestaat daadwerkelijk. De indruk bestaat dat er gebruik van wordt gemaakt omdat het CIZ ook aanvragen van individuen binnenkrijgt die het CIZ zelf op gestandaardiseerde manier afhandelt terwijl die aanvraag op grond van taakmandaat ook via een zorgaanbieder bij het CIZ ingediend hadden kunnen worden.

138. *Wanneer is de AWBZ brede zorgregistratie (AZR) voltooid? Wat zijn de totale kosten van dit project en hoe wordt dit gefinancierd? Is er sprake van een onder- of een overschrijding van het budget? Waardoor worden eventuele verschillen veroorzaakt?*

De AZR wordt gefaseerd ontwikkeld en ingevoerd. Eind 2006 is de nieuwe release (2.1) bij de ketenpartners in gebruik. Daarmee wordt fase 3 van de AZR afgesloten; de AZR is dan klaar voor de ondersteuning van het proces van zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer.

De kosten die zijn gemaakt in de periode 2001 – 2006 zijn globaal als volgt samengesteld.

- ⇒ Zorgkantoren hebben voor de periode 2001-2004 een projectsubsidie van VWS gekregen van € 25 miljoen. Voor 2004 en 2005 is additioneel € 10 miljoen toegekend. Tweederde deel hiervan is gebruikt voor compensatie van tegenvallers bij de ontwikkeling en invoering van de AZR en een derde deel is bestemd voor het ultiem vullen van de AZR. Met ingang van 2006 verstrekt VWS geen projectsubsidie meer; de zorgkantoren financieren de AZR uit de reguliere beheerkosten.
- ⇒ De kosten van de landelijke projectorganisatie bedragen ongeveer € 7 miljoen over de periode 2000-2004. Deze projectorganisatie is in 2004 afgebouwd.
- ⇒ Zorgaanbieders hebben, op basis van het convenant 2005-2007, in 2005 een bedrag gekregen van € 60 miljoen ter compensatie van de inspanningen voor het invoeren, in gebruik nemen en uitvoeren van de ultieme vulling (zie vraag 69).
- ⇒ Het College voor Zorgverzekeringen draagt sinds 2005 zorg voor het beheer van de AZR. Daarvoor ontvangt het CVZ een jaarlijkse beheerkostenvergoeding van circa € 1,5 miljoen.

De AZR is een dynamisch systeem en daarmee nooit 'af'. In de nog te ontwikkelen release (versie 3.0) van de AZR voor 2008 zullen de toepassingen van de AZR verder uitgebreid worden. Het is de bedoeling om de basisgegevens voor de zorgproductie en de heffing van de eigen bijdrage (intramuraal) via de AZR worden uit te wisselen met het zorgkantoor en het CAK. Ook is het de bedoeling dat het burgerservicenummer BSN in de AZR wordt opgenomen.

139. *Waarom wordt bij de inning van de eigen bijdrage geen gebruik gemaakt van het AZR?*

De AZR wordt gefaseerd ontwikkeld. Thans wordt fase 3 van de AZR uitgerold in de vorm van de nieuwe release, 2.1 (zie ook vraag 138). Fase 3 is bedoeld als ondersteuning van het proces van zorgtoewijzing; dit is in essentie een logistiek proces.

Het opnemen van de eigen bijdrage in de AZR is bewust buiten de scope van fase 3 gehouden, omdat gekozen is voor een gefaseerde ontwikkeling. Alleen door gefaseerd te ontwikkelen is een dergelijk project als de AZR beheersbaar te houden.

Het is de bedoeling dat in een volgende release (versie 3.0), in 2008, de AZR geschikt gemaakt wordt voor de eigen bijdrage (zie het antwoord op vraag 140).

Op dit moment wordt voor de inning van de eigen bijdrage gebruik gemaakt van een specifieke interface tussen het CAK en de zorgaanbieders.

140. *Wanneer is het wel mogelijk om het AZR ook voor de inning van de eigen bijdrage te gebruiken?*

VWS werkt samen met het CVZ en ZN aan een planning voor de volgende release van de AZR voor 2008. Het is de bedoeling dat deze release, naast het huidige logistieke proces van zorgtoewijzing, ook financiële processen gaat ondersteunen. De AZR zal dan de basisgegevens

leveren, zoals productiegegevens, voor de zorginkoop en de heffing van de eigen bijdrage. De planning is erop gericht dat deze uitbreiding operationeel wordt met ingang van 2008.

141. Via het AZR wordt nu wachtlijstmeting uitgevoerd. Kunt u per sector een actueel beeld geven van de wachtlijsten en dit toevoegen aan de antwoorden? Zo neen, waarom niet?

Op 23 december 2005 heb ik u de landelijke rapportage gestuurd over de ontwikkeling van de wachtlijsten. Deze geeft per AWBZ-sector een beeld van de wachtlijsten op basis van de peildatum 1 januari 2005.

Recentelijk is via de AZR een wachtlijstmeting uitgevoerd met peildatum 1 januari 2006. Gebleken is dat de betrouwbaarheid van deze gegevens onvoldoende was, waardoor ze niet te gebruiken zijn voor een kwantitatieve wachtlijstrapportage. Het grootste knelpunt is dat in teveel gevallen de 'melding aanvang zorg' ontbreekt in de AZR. Per AWBZ-sector kan ik u op dit moment geen kwantitatief betrouwbare wachtlijstcijfers leveren. Wel ontvangt u binnenkort een meer kwalitatieve rapportage over de wachtlijstmeting van 1 januari 2006, aangevuld met de resultaten van een onderzoek dat is gedaan naar de 'wereld achter de cijfers van de AZR'. Dit onderzoek moet inzicht geven in de aard, omvang en achtergrond van problematische wachtlijstsituaties.

142. Hoeveel cliënten maakten in 2005 gebruik van netto PGB? Welk percentage, zowel in aantal als in budgettaire beslag, vormt dit van het totaal aan PGB's? Welk percentage van de totale uitgaven in de AWBZ vormen de netto PGB's?

Voor het pgb wordt alleen het netto-beslag geboekt, omdat pgb-houders hun budget ook netto, dus na aftrek van de eigen bijdrage, uitgekeerd krijgen. De vraag is daarmee niet volledig te beantwoorden. Voor het overige verwijs ik naar het antwoord op vraag 10.

143. Wanneer krijgt de Kamer de uitkomsten van de onderzoeken naar de vermindering van de administratieve lastendruk PGB?

Na de zomer zal ik de Kamer berichten over de maatregelen die ik, op basis van de uitgezette onderzoeken, neem om de administratieve lastendruk voor budgethouders te verminderen.

144. Wanneer ontvangt de Kamer de resultaten van het project overheveling dagbesteding?

Het rapport zal voorzien van mijn reactie in het komende najaar aan u worden toegezonden.

145. Op regionaal niveau werken indicatieorganen voor onderwijs, zorg en justitie samen. Betekent dit concreet dat klanten nog maar één indicatie hoeven aan te vragen en dat instanties elkaars indicatie erkennen. Zo nee, is dit op termijn dan wel de bedoeling?

Onder Operatie Jong wordt in het thema harmonisering indicatiestellingen hard gewerkt aan afstemming en samenwerking tussen indicatieorganen. Bij de afstemming en samenwerking van indicatiestellingen hanteren we niet één indicatie. Iedere organisatie heeft nog zijn eigen verantwoordelijkheid. Wel worden eenvoudigere procedures en routes ontwikkeld met afspraken over eenduidige cliëntroute, informatie-uitwisseling, geharmoniseerde vragenlijsten en mandatering van diagnostiek. Doel hiervan is een aanmerkelijke verbetering van de toegang tot deze indicaties, waardoor de jeugdige cliënt die aangewezen is op meerdere indicaties sneller en effectiever recht krijgt op zorg en onderwijs.

146. Waarom is de voorgenomen benchmark onder instellingen in de gehandicaptenzorg niet doorgegaan? Overweegt de regering om andere instrumenten in te zetten om de kwaliteit en prestaties van verschillende instellingen inzichtelijk te maken?

Het gaat bij de benchmark om vertraging in de uitvoering. In de gehandicaptenzorg zal het benchmarkonderzoek nu in 2006 plaatsvinden. Het gaat om een branchebrede aanpak van alle

instellingen. Tegelijkertijd wordt hieraan gekoppeld het cliënttevredenheidsonderzoek volgens Caphs/Quote. Dit wordt in april 2007 afgerond. Daarnaast wordt door de sector gewerkt aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren kwaliteit. Eind 2006 zullen deze indicatoren beschikbaar zijn.

147. Wat is de stand van zaken rond het onderzoeksprogramma gehandicaptenzorg van RGO?

Naar aanleiding van het advies 'Beperkingen en Mogelijkheden' van de RGO heeft het ministerie, in februari 2006, ZonMw opdracht gegeven tot het opzetten en uitvoeren van een onderzoeksprogramma voor en door mensen met een verstandelijke beperking. Er is een budget toegekend van 2 miljoen euro voor de periode 2006 tot en met 2009. De missie van het onderzoeksprogramma luidt: Verbeteren van de kwaliteit en wetenschappelijke onderbouwing van de zorg en ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking. Inmiddels is de commissie tweemaal bijeen geweest en wordt op dit moment de laatste hand gelegd aan de programmatekst. Op 21 juni 2006 volgt de aanbidding van de programmatekst aan het ministerie. Daarna kunnen onderzoekers/faculteiten door middel van 'calls of proposals' hun voorstellen indienen bij ZonMw. De deadline voor het indienen van voorstellen loopt op 15 november 2006 af.

148. Hoe waarschijnlijk is het halen van de deadline in 2008, waarop de gebouwen in de gehandicaptenzorg aan de gestelde eisen moeten voldoen?

Zoals het er nu uitziet zal op basis van de bouwplannen van de instellingen, de gemaakte afspraken en de monitoring daarvan, de streefdatum gehaald worden en zullen de 10.550 oranje-rood scorende plaatsen uit de bouwmonitoring van 1 september 2003 zijn opgeheven/vervangen. Een brief, waarin ik u uitgebreid inlicht over de stand van zaken en de te ondernemen acties op het gebied van de aanpak van oranje-rood scorende plaatsen, kunt u op afzienbare termijn tegemoet zien.

149. De voorgenomen beleidsprestaties op paragraaf 26.3 zijn geen van allen gehaald. Hoe komt dit? Wat gaat u doen om de prestaties in de toekomst te verbeteren?

De voorgenomen beleidsprestaties zijn gedeeltelijk gehaald. Dit heeft als reden dat een prestatie als Harmonisering indicatiestelling in het kader van Operatie Jong nog in volle gang is en meer tijd nodig heeft (prestatie 2). Hetzelfde geldt voor prestatie nummer 3, de samenwerking tussen instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten (lvg) en de jeugdzorginstellingen. Vanaf 2005 stimuleert het ministerie de ontwikkeling van ketenzorg, ofwel intersectoraal zorgaanbod voor jeugdigen, ook met justitie. Concreet zijn de volgende initiatieven van start gegaan:

- Het Poortje- Groningen (provincie Groningen)
- Harreveld – Almelo (Overijssel)
- Rentray – Lelystad (Flevoland)
- Harreveld (Gelderland)
- Keerpunt – Cadier en Keer (Limburg)

Ik zet mij dan ook in om de samenwerking tussen jeugdzorg en lvg-zorg verder te ontwikkelen. Ik ben van mening dat de sector al zeker op de goede weg is, met het aanbieden van alternatief zorgaanbod. Verder zet ik mij in om de overige beleidsprestaties, zoals het wegwerken van de slechte gebouwenlijst en de ontwikkeling van het hulpmiddelenkompas te versnellen en optimaliseren. In 2005 zijn 3 eerder verschenen delen van het hulpmiddelenkompas via internet toegankelijk gemaakt. In 2005 is een start gemaakt met het onderdeel visuele hulpmiddelen. In het zicht van de reorganisatie en taakaanpassing van het CVZ als gevolg van de invoering van de zorgverzekeringswet per 2006 is een vertraging opgetreden in de verdere ontwikkeling van het Hulpmiddelen Kompas. Momenteel vindt bij het CVZ een heroriëntatie plaats, waarbij het CVZ onderzoekt of het binnen zijn takenpakket mogelijk is of het de kompassen kan blijven uitgeven.

150. *Waardoor wordt de groei van de semimurale en intramurale instellingen veroorzaakt en klopt dit met de verwachtingen bij de begroting? Zo neen, waarom niet? Hoe verhoudt zich deze groei tot de groei van het PGB?*

In 2005 werden nog steeds voormalige zorg op maat projecten omgezet in verblijfsplaatsen als daarmee verblijf gemoeid was. Daarnaast wordt nog steeds gewerkt aan de oplossing van de urgent wachtenden, die nu alleen overbruggingszorg in de thuissituatie ontvangen (zie ook antwoord op vraag 151). Dit verklaart de lichte toename in verpleegdagen. De relatie met de begroting is nog niet te leggen omdat de groeiruimte AWBZ geparkeerd staat op artikel 25 en pas bij de voorlopige realisatie toegedeeld wordt aan de afzonderlijke AWBZ sectoren en het pgb. De groei van het aantal budgethouders in 2005 bedroeg 10,7 procent. Ultimo 2004 waren er 67958 budgethouders oude en nieuwe stijl en ultimo 2005 waren dat er 80543. Dat betekent een groei van 18,5%. Dit is inclusief de eenmalig instroom van 5.333 ex-AAW-ers. Het aantal pgb-ers groeit daarmee harder dan het aantal semimurale en intramurale plaatsen. Bedacht moet echter worden dat alleen de zware, chronische van zorg afhankelijke mensen immers een beroep doen op semimurale en intramurale verblijfszorg, terwijl het pgb openstaat voor mensen met allerlei zorgvragen.

151. *500 tot 1000 mensen wachten op definitieve plaatsing in de gehandicaptensector. Het gaat hierbij vooral om personen met meervoudige problematiek. Ondanks overbruggingszorg is dit een problematische situatie. Wat gebeurt er om deze op te lossen?*

Het gaat hier om personen met een dusdanige complexe problematiek dat plaatsing problematisch is. Alle zorgkantoor regio's hebben een structureel overleg waarbij mogelijke oplossingen besproken worden met de regionale partijen. Terugmelding door zorgkantoren leert dat voor veel van deze cliënten inmiddels wel een oplossing gevonden is. Hierbij betreft het vaak vanwege de complexiteit maar 1 oplossing, bij 1 aanbieder, in 1 zorg en/of bouw situatie. De realisatie daarvan laat dan weer op zich wachten omdat de specifieke oplossing speciaal voor de betreffende cliënt gecreëerd moet worden.

Om de zorg voor deze cliënten ook financieel te ondersteunen heeft het ctg/zaio de beleidsregel toeslag extreme zorgbehoefte vastgesteld. Het drempelbedrag, waarboven extra vergoeding verkregen kan worden, is voor dit gedeelte van de wachtlijst op 1 januari 2006 verlaagd van 150.000 tot 90.000 EURO/jaar.

152. *Wat voor inspanningen leveren de rijksoverheid en andere overheden om hun dienstverlening toegankelijker te maken voor mensen met een beperking. Op welke vlakken past men zelf als opdrachtgever design for all toe?*

In de *Tussentijdse rapportage van het Actieplan Gelijke behandeling in de praktijk* en de beantwoording van de vragen van de Kamer daarover (wordt in juni aangeboden), is aangegeven wat de rijksoverheid heeft gerealiseerd om te komen tot een inclusieve samenleving en toegankelijke dienstverlening. In aanvulling daarop het volgende.

Voor het toepassen van het concept 'design for all' als leidend principe bij het verlenen van opdrachten door de overheid, moet aan twee voorwaarden zijn voldaan:

- degenen die de aanbesteding uitvoeren, moeten bewust 'inclusief beleid' willen toepassen (resultaat van een mentaliteitsverandering);
- er moeten concrete toepasbare richtlijnen beschikbaar zijn.

Het kabinet heeft 'inclusief beleid' als uitgangspunt gekozen voor beleid. Door het inzetten van de *Taskforce Handicap en Samenleving* en door het promoten binnen de rijksdienst van 'inclusief beleid' wordt de noodzakelijke mentaliteitsverandering gestimuleerd. 'Design for all' is de toepassing van 'inclusief beleid' als het gaat om producten.

Op verschillende terreinen zijn regels beschikbaar of in ontwikkeling.

Nieuwe/vernieuwde gebouwen voor overheidsdienstverlening moeten voldoen aan de toegankelijkheidseisen zoals gesteld in het Bouwbesluit. In veel gevallen wordt het Internationaal ToegankelijkheidsSymbool gevraagd om te kunnen toetsen in hoeverre het hele gebouw daadwerkelijk bruikbaar is voor personen met beperkingen.

Waar het gaat om dienstverlening via internet gelden de webrichtlijnen zoals door het ministerie van BZK zijn geformuleerd. Toepassen van deze webrichtlijnen leidt tot een toegankelijke site. Verder is recent met het Nederlands Normalisatie Instituut afgesproken dat bij de ontwikkeling van normen en standaarden rekening zal worden gehouden met verschillen tussen mensen door toepassing van de principes van 'design for all'. Hiervoor wordt een projectsubsidie gegeven.

153. Wat is de planning voor opname van het terrein goederen en diensten in de wgbh/cz?

Over het tijdpad van de uitbreiding van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte met het terrein aanbieden van goederen en diensten wordt de Tweede Kamer voor de zomer geïnformeerd.

154. U stelt in paragraaf 26.3.3 dat leerplichtige kinderen met beperkingen deelname aan regulier onderwijs kunnen afdwingen. Op welke wijze bedoelt u dit?

In de afgelopen jaren hebben scholen ervaring op kunnen doen met onderwijs-zorgarrangementen. Deze arrangementen hebben een grote bijdrage geleverd aan de verbetering van de handelingsbekwaamheid in het onderwijs. Er zijn samenwerkingsverbanden ontstaan tussen scholen en zorginstellingen. Gezamenlijk hebben zij plannen op maat gemaakt waardoor groepen kinderen, die voor het volgen van onderwijs zorg nodig hebben, zich verzekerd wisten van deelname. Momenteel wordt bij OCW onderzocht of ook wettelijke verankering wenselijk c.q. haalbaar is om deelname te verzekeren.

155. Is het zogenaamde "rugzakje" beleid in combinatie met de richtlijn afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs afdoende? Op welke wijze wordt hier onderzoek naar gedaan?

De richtlijn afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs bewerkstelligt de aansluiting tussen onderwijs en AWBZ. De richtlijn geeft aan wanneer leerlingen aanspraak maken op AWBZ-zorg in het onderwijs. Uitgangspunt van de AWBZ is, dat er eerst een beroep gedaan moet worden op voorliggende voorzieningen. Het speciaal onderwijs en de rugzak worden in de AWBZ als voorliggende voorzieningen beschouwd. In de onderwijswetgeving is namelijk vastgelegd welke ondersteunende functies in welke omvang worden bekostigd (zie het Formatiebesluit WEC). Deze functies komen in grote lijnen overeen met de AWBZ-functies persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding. Dat betekent dat deze AWBZ-functies in een bepaalde mate aanwezig zijn in het speciaal onderwijs en in de rugzak. Voor de functie activerende begeleiding is onderwijs altijd volledig voorliggend. Reden is dat het onderwijs zich richt op leren en het vergroten van de zelfredzaamheid en daarmee zelf activerende begeleiding levert. Voor de functie behandeling geldt dat deze altijd door de AWBZ wordt geleverd, omdat dit deel niet aanwezig is in het onderwijs. Met deze uitgangspunten is indertijd de mate van de voorliggendheid van het onderwijs bepaald. De richtlijn is het resultaat van deze uitgangspunten en bepaalt de grens onderwijs en AWBZ-zorg. Op 1 augustus 2004 is de richtlijn in werking getreden. Over het eerste half jaar is destijds een evaluatie-onderzoek uitgevoerd. In het algemeen bleken ouders tevreden te zijn over de werking van de richtlijn, omdat die er toe leidde dat hun kind met AWBZ-zorg onderwijs kon volgen. Wel hadden de indicatiestellers aanvankelijk startproblemen met het indiceren van zorg in de onderwijssituatie. Hierdoor ontstonden verschillen in toewijzing. Er is regelmatig overleg gevoerd met het CIZ en de ervaringen met indicaties in het onderwijs heeft geleid tot meer uniformering in de toewijzing. Momenteel wordt in het thema harmonisering indicatiestellingen nog gewerkt aan een betere afstemming en samenwerking tussen onderwijs en zorg. Doel van het thema is om de toegang tot deze indicaties te verbeteren, waardoor jeugdigen en hun ouders sneller en effectiever recht krijgen op zorg en onderwijs.

156. Waarom is het meetinstrument om het aandeel maatschappelijke dagbesteding te meten niet beschikbaar? Was dit niet van te voren bekend?

Op het moment van opvoeren van deze categorie dagbesteding was dit bedoeld als een stimulering en deregulering van alle dagbestedingsfaciliteiten die niet speciaal gebouwd zijn of alleen te gebruiken zijn voor dagbesteding van gehandicapten. De gebouwen hiervoor zouden dan buiten het bouwregime van de toenmalige TVWMD en WZV vallen, naar analogie met de

kleinschalige woonvoorzieningen. Dit was een onderscheid op inhoudelijke gronden. Direct daarna kwam de - huidige - WTZi snel in ontwikkeling. Hierin kon niet meer gekozen worden voor een inhoudelijke scheiding in dagbestedingsvoorzieningen. Uiteindelijk is in de WTZi gekozen voor het onderscheid of de dagbesteding geleverd wordt aan in de AWBZ verblijvende cliënten of aan NIET in de AWBZ verblijvende cliënten. De gebouwen voor de eerst genoemde vallen onder het bouwregime en die voor de anderen niet. Omdat het onderscheid maatschappelijke/niet-maatschappelijke dagbesteding niet in de regelgeving van de WTZi is opgenomen kunnen er ook geen gegevens over de ontwikkeling hiervan gegenereerd worden. Het zou een te zware administratieve last worden voor de instellingen om, naast het nu gehanteerde onderscheid, de dagbesteding op dit onderscheid apart te inventariseren.

157. Waarom is er niet voor gekozen om de verschillende uitgavenposten uit te splitsen en de controleerbaarheid daarmee te vergroten?

Uiteraard zit er altijd spanning tussen de verdere detaillering en opsplitsing en het behoud van de hoofdlijn. Te veel details kunnen de presentatie onoverzichtelijk maken.

158. Het aantal pashouders van Valys is bijna verdubbeld, wat voor ontwikkeling heeft zich voorgedaan in het gebruik van kilometerbudgetten en totaal verreden kilometers?

In mijn brief van 28 maart 2006 (TK 2005-2006, 25847, nr.35) heb ik u geïnformeerd over de sterke stijging van het aantal Valys-pashouders en de mate waarin de kilometerbudgetten (pkb's) in de reisbehoefte van de pashouders voorzien. Vervolgens heb ik, mede naar aanleiding van vragen tijdens het AO Valys van 29 maart 2006, u per brief van 24 mei 2006 aanvullend geïnformeerd over de cijfermatige ontwikkeling van het aantal pashouders en het gebruik van de pkb's in de periode 1 december 2004 tot en met 1 maart 2006.

159. Waaruit bestaat meer specifiek de toename van de verplichtingen ad. € 16,8 miljoen op artikel 27 'Verpleging, Verzorging en Ouderen'?

In 2005 is voor ongeveer € 7 miljoen aan verplichtingen vastgelegd in verband met proeftuinen en experimenten WMO die pas in 2006 en 2007 tot uitgaven leiden. Tevens is in 2005 € 2,5 miljoen aan verplichtingen vastgelegd voor het steunpunt verpleeghuiszorg voor het jaar 2006 en € 0,9 miljoen ten behoeve van het elektronische cliëntendossier (eveneens ten behoeve van het jaar 2006).

Daarnaast waren ook de uitgaven in 2005 € 3,9 miljoen hoger dan begroot (waarmee de verplichtingen eveneens hoger worden). Dit zijn de voornaamste oorzaken van de hogere gerealiseerde verplichtingen in 2005.

160. Wat is de reden dat de extra investering in passendheid en keuzevrijheid ten koste is gegaan van de middelen voor tijdigheid en toegankelijkheid? Is het niet zo dat keuzevrijheid en passendheid pas echt 'im fringe' komen wanneer de wachtlijsten voor verpleeg- en verzorgingshuizen geheel zijn opgelost?

Het gaat om een administratieve correctie van WMO-uitgaven, die bij de 1^e suppletore wet al is toegelicht.

161. Hoe kan het dat de middelen voor kwaliteitsverbetering in de verpleging en verzorging, die waren begroot voor 2005 en met name ook als gevolg van grote druk van de Kamer werden geïntensiveerd, niet geheel zijn uitgegeven?

De oorzaak ligt voornamelijk in de onderbesteding bij het Steunpunt Verpleeghuiszorg. Hier werd 2,6 miljoen minder uitgegeven dan voorzien. De lagere uitgaven voor het Steunpunt Verpleeghuiszorg in 2005 zijn als volgt te verklaren:

- de aanvragen voor ondersteuning door het Steunpunt kwamen aanvankelijk langzaam op gang. In de periode april 2005 tot december 2005 heeft het Steunpunt 54 aanvragen voor

ondersteuning ontvangen. Eind 2005 waren 11 van de 54 casussen afgerond, de kosten van de overige aanvragen drukken op de subsidie voor het jaar 2006.

- Bij de start van het Steunpunt in april 2005 was de zwaarte van de hulpvragen niet goed in te schatten. Om instellingen alle noodzakelijke hulp te kunnen bieden is in de begroting van het Steunpunt Verpleeghuiszorg voor het jaar 2005 ruim gereserveerd voor intake, advies en begeleiding door experts en additionele ondersteuning. In de praktijk bleek echter vrijwel geen behoefte te zijn aan de additionele ondersteuning.

De resterende onderbesteding is grotendeels veroorzaakt door een verlate start bij de uitvoering van een aantal projecten, te weten: het elektronische cliëntendossier (ECD), de beroepstrotscampagne en het daarmee samenhangende project "Liefs uit.. nieuws uit een vooruitstrevend verpleeghuis". Het project ECD is in september 2005 begonnen, de beroepstrotscampagne en het project "Liefs uit.." zijn begin 2006 van start gegaan.

162. Wat is de reden van overheveling van € 2,3 miljoen naar artikel 25 ten behoeve van de indicatiestelling?

Deze overheveling heeft plaatsgevonden ten behoeve van de versnelde afschrijving van de inventaris van het CIZ. Dit is een gevolg van de overname van de inventaris van de regionale indicatie organen (RIO's) door het CIZ. De RIO's hadden een andere waarderingsgrondslag voor de inventaris. Zie ook pagina 71 en 72 van het jaarverslag.

163. Welk deel van het volume aan V&V wordt via PGB gerealiseerd? Is dit meer of minder dan begroot? Waardoor wordt dit verschil veroorzaakt?

PGB's worden in AWBZ-functies uitgedrukt, waarmee het onderscheid tussen AWBZ-sectoren verdwijnt. De vraag is daarmee niet te beantwoorden. Voor de hele AWBZ geldt dat de financiële omvang van het persoonsgebonden budget in 2005 € 848,4 miljoen bedroeg (voorlopig cijfer) bedroeg, op een totaal aan AWBZ-uitgaven van bijna € 21 miljard.

164. Wat moet worden verstaan onder de hogere ontwikkeling 'nominaal'? Waardoor wordt dit exact veroorzaakt?

Zoals vermeld is de hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 45,8 miljoen) het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten. In de begroting 2005 stonden de beschikbare middelen op het beleidsartikel vermeld op het prijsniveau 2004. De gehele loon- en prijsbijstelling voor het jaar 2005 is in de loop van het jaar 2005 toegevoegd. Dit leidt tot een bijstelling van € 105,9 miljoen. Daarnaast heeft een incidenteel hoog niveau van productie die niet was afgesproken en daarom ook niet vergoed in 2004 geleid tot een incidentele daling van de gemiddelde prijs in 2004. In 2005 leidt dit tot een nominale stijging van € 29,7 miljoen. Hiertegenover staat een daling van de raming van de kapitaallasten in 2005. Ten opzichte van de begroting 2005 is deze raming met in totaal € 89,8 miljoen aangepast.

165. Waar is de veronderstelling op gebaseerd dat 'het realisatieniveau van de productie ten opzichte van de afspraken gemiddeld 99% bedraagt?

Deze veronderstelling is gebaseerd op de ervaring van de afgelopen jaren, dat er altijd enige ruimte zit tussen afspraken en realisatie van de productie.

166. Zijn de zeer minieme stijging van het aantal verpleegdagen in verpleeghuizen en het nagenoeg gelijkblijvend aantal dagen in verzorgingshuizen, conform de in de begroting voor 2005 gestelde doelstellingen?

Ik acht een groei van ca 3% van het aantal dagen verpleeghuiszorg geen zeer minieme stijging. Gelet op de hoge bezettingsgraad van verpleeghuizen dient nieuwe capaciteit gereed te komen om deze stijging te kunnen realiseren. Daarvoor zijn in het verleden verklaringen voor afgegeven. Het aantal dagen verzorgingshuiszorg is licht gedaald in een overeenstemming met de wens om de zorg te extramuraliseren. De extramurale zorg is met ruim 4% gegroeid. De totale groei is groter dan de demografische ontwikkeling geweest in 2005.

De overgrote meerderheid van mensen, die voor AWBZ-zorg in aanmerking komen, kom snel geholpen worden. De wachtenden voor verblijf kregen bijna allemaal (90%) overbruggingszorg.

167. Wat zijn de extra kosten die samenhangen met overbruggingszorg voor intramurale opname ten opzichte van de kosten bij opname?

Er is geen eenduidig antwoord te geven. Het gaat om een scala aan varianten van overbruggingszorg en intramurale zorg.

Over de omvang van de te leveren extramurale overbruggingszorg wordt per individu beslist. Dat wordt niet afzonderlijk geadmistreerd. Er zijn dus prijsverschillen per individu. Omdat ook de prijzen voor de individuele AWBZ instellingen ongelijk zijn is niet aan te geven wat de meerkosten of minderkosten zijn ten opzichte van een intramurale opname.

168. Hoeveel mensen wachtten er in 2003, 2004 en 2005 per regio op zorg met verblijf?

Via CVZ en GGZ-Nederland is de landelijke informatie beschikbaar over de AWBZ-wachtlijsten. Hieruit is het volgende beeld bekend van de wachtenden op zorg met verblijf per sector:

	V&V	Gehandicaptenzorg	GGZ*
1-1-2004	34.786	9.001	Ca. 1.900
1-1-2005	34.305	8.056	1.700
1-1-2006	Ca. 34.000	Ca. 8.100	2.000

* GGZ in behandelwachtfase

Door CVZ is met betrekking tot de regionale ontwikkeling in 2005 navraag gedaan bij zorgkantoren (V&V en Gehandicaptens sector). In de V&V-sector is in driekwart van de zorgregio's sprake van een daling van de wachtlijst voor verblijf. In een kwart is de wachtlijst voor verblijf toegenomen. In de gehandicaptensector is de wachtlijst in tweederde van de regio's licht toegenomen en in 33% licht afgenomen.

169. Hoe rijmt u de uitspraak dat er nauwelijks sprake is van wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging, met de laatste AWBZ-brede wachtlijstmeting (AZR) waaruit blijkt dat de wachtlijsten voor verpleeg- en verzorgingshuizen slechts met ruim 1 procent zijn teruggelopen en in sommige gevallen nog altijd langer dan een jaar zijn?

Het is op zich juist dat de wachtlijst in de verpleging en verzorging relatief omvangrijk is en tussen 2004 en 2005 slechts beperkt is afgenomen. Het is echter van belang om deze wachtlijstcijfers nader te analyseren. Uit de nadere analyse van CVZ blijkt dat er feitelijk geen sprake is van een wachtlijst voor zorg zonder verblijf. In deze zorg kan snel worden voorzien (vooral tijdelijke frictie tussen vraag en aanbod). Bij zorg met verblijf is de wachtlijst veelal niet problematisch omdat in 90-95% van de gevallen sprake is van overbruggingszorg, waarover de cliënten tevreden zijn. Zij blijven liever op die manier thuis dan dat zij worden opgenomen. Deze analyse onderschrijft mijn uitspraak dat er in de sectoren verpleging en verzorging nauwelijks sprake is van wachtlijsten.

Er resteert echter een problematische wachtlijst van 5-10%, die mijn volle aandacht heeft. Deze wachtlijst bestaat uit groepen cliënten die veelal specialistische zorg behoeven. Hierbij speelt ook een rol dat niet in alle zorgregio's een dergelijke specialistische zorgaanbieder aanwezig is. Het gaat hier onder meer om cliënten met een psychogeriatrische problematiek.

Het is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van zorgkantoor en zorgaanbieders om te zorgen voor voldoende zorgaanbod. Het kabinet heeft hier vooral een faciliterende rol. Zo zal de AWBZ-volume-groei worden geaccommodeerd zoals afgesproken in het AWBZ-convenant en zal ook de uitbreiding van de intramurale capaciteit worden gehonoreerd.

170. *90% van degenen die wachten op zorg met verblijf krijgt overbruggingszorg aangeboden. Hierdoor zien zij vaak af van zorg met verblijf. Is bij benadering aan te geven wat de financiële consequentie zou zijn wanneer al deze mensen hun recht op intramurale zorg zouden opeisen?*

Zie het antwoord op vraag 167.

171. *2000 tot 3000 mensen wachten dringend op een intramurale plek. Hoe lang moeten deze mensen gemiddeld wachten voor zij alsnog geplaatst worden?*

De wachttijd voor de functie verblijf in combinatie met behandeling is gemiddeld 139 dagen. (bron: Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005).

172. *Wordt er voldoende gebouwd om aan deze vraag van 2000 tot 3000 wachtenden op termijn te voldoen?*

Ja. De overheid biedt voldoende mogelijkheid om te bouwen in de regio's waar het zorgkantoor aangeeft dat er nog wachtlijsten zijn. Zie ook het antwoord op vraag 6.

173. *Wat voor alternatieven zijn er voor de 2000 tot 3000 dringend wachtenden naast de levering van overbruggingszorg?*

Er zijn naast de levering van overbruggingszorg geen andere alternatieven.

174. *Kan de regering aangeven waar in het land nu nog "witte vlekken" bestaan op het gebied van mantelzorgondersteuningspunten? Met andere woorden zijn er nog gebieden in Nederland aan te wijzen waar nog geen ondersteuningspunten voorhanden zijn?*

Naar mijn mening bestaan er geen echte witte vlekken meer in Nederland op het gebied van de mantelzorgondersteuning. De intensiveringen die de laatste jaren hebben plaatsgevonden waren juist bedoeld om witte vlekken op te heffen. Dat wil niet zeggen dat het netwerk over het land overall even stevig zal zijn. Inzicht in dit vraagstuk is op dit moment niet voorhanden.

175. *Hebben de inspanningen om de keuzemogelijkheden te bevorderen nu ook evident tot meer keuzemogelijkheden geleid, of is hierover niets bekend?*

Het ministerie beoogt meer keuzemogelijkheden te creëren op het terrein van wonen, zorg en dienstverlening. Het bevorderen van de totstandkoming van woonzorgarrangementen op basis van scheiden van wonen en zorg is een middel om tot meer keuzemogelijkheden voor de klant te komen. De Kamer kan medio juni een brief over het scheiden van wonen en zorg tegemoet zien, die onder meer ingaat op de feitelijke stand van zaken en voortgang rond scheiden van wonen en zorg. Bijlage bij deze brief vormt een nulmeting van de voortgang van het Actieplan wonen en zorg.

176. *Wat gaat de regering ondernemen nu ze moet constateren dat een landelijke aanpak om mantelzorg meer aandacht te geven in opleidingen niet langer voor de hand ligt? Hoe wordt gewaarborgd dat mantelzorg en het belang daarvan verder wordt gepropageerd, met name ook in de opleidingen van de professionals in de ouderenzorg?*

Het is belangrijk om de opleidingsinstituten te laten zien wat er mogelijk is op dit gebied. Met het Expertisecentrum Informele Zorg is afgesproken dat langs digitale weg goede voorbeelden beschikbaar worden gesteld van opleidingen waar op een systematische wijze aandacht wordt besteed aan mantelzorg. Daarnaast is door Mezzo met geld van VWS, tezamen met STOC ,opleidingen voor wonen, zorg en welzijn een post-hbo opleiding opgezet die erop is gericht professionals in de zorg beter toe te rusten in het omgaan met mantelzorgers en het signaleren van diens problemen ten gevolge van het verlenen van mantelzorg.

177. U stelt dat er meer aandacht voor de positie van mantelzorgers moet komen in de diverse zorgopleidingen, maar dat vanwege grote verschillen tussen opleidingsinstituten een landelijke aanpak niet voor de hand ligt. Hoe staat u in dit kader tegenover de opleiding tot mantelzorgmakelaar en bent u bereid deze opleiding financieel of anderszins te ondersteunen?

De opleiding tot mantelzorgmakelaar is erop gericht om mensen die werkzaam (willen) zijn op het terrein van de mantelzorgondersteuning vaardigheden met betrekking tot meer op het individu gerichte dienstverlening bij te brengen. Dit is uiteraard erg belangrijk. Dat is echter iets anders dan het al dan niet geven van aandacht aan de positie van mantelzorgers van aankomende professionals. De opleiding tot mantelzorgmakelaar is een post hbo opleiding. Ik heb niet het voornemen deze opleiding te ondersteunen. Naar mijn mening is dat eerder een zaak van werkgever en werknemer.

178. Tot welke concrete kwaliteitsverbeteringen hebben de opgesomde procesmatige beleidsprestaties nu daadwerkelijk geleid in 2005? Is er evident sprake van kwaliteitsverbetering in verpleeg- en verzorgingshuizen, of kan hierover nog weinig met zekerheid worden gezegd? Kunt u op basis van de meest recente gegevens per regio aangeven hoe lang de wachtlijsten zijn voor een plaats in een verpleeghuis?

Bij brief van 28 april 2006 (TK 2005-2006, 30 300 XVI, nr. 134) heb ik u geïnformeerd over het Inspectieformulier 2005 over de sector verpleging en verzorging. Uit het Inspectierapport blijkt dat op bijna alle uitkomstindicatoren in 2005 beter wordt gescoord dan in 2004. Ik wil echter voorzichtig omgaan met deze uitkomsten. Er is binnen het programma Zorg voor Beter in 2005 veel in gang gezet. De effecten daarvan op de langere termijn zijn nu echter nog niet meetbaar. Eind 2006 komen de eerste resultaten van de verbetertrajecten decubitus en eten&drinken gereed. Voor het antwoord op de vraag over de gegevens per regio verwijs ik u naar het antwoord op vraag 4.

179. In hoeverre is de doelmatigheid in de sector verpleging en verzorging nu daadwerkelijk verbeterd? Wat moet onder 'gedeeltelijk' worden verstaan?

Het gedeeltelijk halen slaat op het realiseren van het startpunt voor doelmatigheidsverbeteringen, namelijk het verkrijgen van inzicht en transparantie. Op basis hiervan voert CTG/ZAIo momenteel een onderzoek uit naar doelmatigheid in de sector verpleeghuizen.

180. Hoe wordt aangetoond dat verantwoording binnen de sector verpleging en verzorging is verbeterd en dat daarmee de administratieve lasten zijn verminderd?

In 2003 heb ik een convenant getekend met alle relevante partijen in de AWBZ en duidelijke afspraken gemaakt over de te behalen resultaten. Jaarlijks worden deze afspraken geëvalueerd en vindt een administratieve lastenmeting plaats over de feitelijke en ervaren administratieve lasten. Over verslagjaar 2004 zijn de administratieve lasten in de jaarverantwoording in de verpleging en verzorging gedaald met meer dan 25%. Wegens succes is het verantwoordingsmodel verbreed voor de gehele gezondheidszorg. Over verslagjaar 2005 konden alle zorginstellingen vrijwillig verantwoording afleggen met het Jaardocument. De evaluatie over verslagjaar 2005 vindt momenteel plaats. De definitieve uitkomsten hiervan verwacht ik begin november.

181. Hoe wordt aangetoond dat de doelmatigheid van instellingen is bevorderd, waar gesteld wordt dat deze beleidsprestatie gedeeltelijk is behaald?

Zie het antwoord op vraag 179.

182. Wanneer komt de wijziging van de Wet Bopz, ten aanzien van mensen met dementie naar de Kamer?

Een nieuwe regeling voor niet-vrijwillige opnemings-, zorg zonder instemming en de toepassing van vrijheidsbeperkingen bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking, ter vervanging van de huidige regels uit de Wet Bopz, wordt naar verwachting in het voorjaar van 2007 bij de Kamer ingediend.

183. Op welke wijze is getracht de doelmatigheid van instellingen te bevorderen?

Zie het antwoord op vraag 179.

184. Waarom is het niet gelukt de doelmatigheid van instellingen te verbeteren?

Zie het antwoord op vraag 179.

185. Wat betekent de 'follow up' van de visie nota over maatschappelijke participatie van ouderen concreet?

Naast de coördinatie van het intersectorale ouderenbeleid en de verdere ontwikkeling van het monitorinstrument om de effecten van het beleid te meten (zie het antwoord op vraag 186) is het vervolg op de visienota gericht op de bevordering van het maatschappelijke debat over vergrijzing (zie ook het antwoord op vraag 187).

186. Welke doelen dient het monitoringsysteem van maatschappelijke participatie exact?

Met de visienota 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing' geeft het kabinet richting aan het ouderenbeleid op de terreinen gezondheid, zorg, participatie, inkomen en wonen. Met de monitor wil het kabinet de effecten van (de coördinatie van) dit beleid toetsen en waarderen. In de visienota is een eerste proeve van de monitor opgenomen. Voor het thema maatschappelijke participatie zijn twee indicatoren: de arbeidsparticipatie van de groep 55-65 jarigen en vrijwilligerswerkparticipatie van de groep >65 jaar. Op dit moment wordt gewerkt aan de verdere ontwikkeling van dit monitorinstrument.

187. Op welke wijze tracht het kabinet het maatschappelijk debat over vergrijzing verder te bevorderen? Welke concrete stappen zijn er genomen om het maatschappelijke debat over vergrijzing vorm te geven? Welke concrete resultaten moeten hiervan worden verwacht?

De wijze waarop het maatschappelijke debat bevordert dient te worden, hangt nauw samen met het onderwerp waarop het debat zich toespitst. Het debat over de gevolgen voor de arbeidsmarkt wordt gestimuleerd door onder andere de activiteiten van de 'Regiegroep Grijs werkt'. Een eenmalige discussie over de (bredere) maatschappelijke effecten – naast de discussie die de Tweede Kamer al heeft gevoerd met maatschappelijke organisaties – biedt naar het oordeel van het kabinet te weinig houvast voor blijvend resultaat en meerwaarde. Het kabinet wil daarom bijdragen aan een permanent maatschappelijk debat en aan de nodige blijvende aandacht voor vergrijzing in het beleid en activiteiten van maatschappelijke organisaties. Daarover wordt nu met verschillende organisaties gesproken.

188. Hoe is het verloop van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in 2005 geweest en hoe verhoudt dit zich tot voorgaande jaren?

In onderstaande tabel is te zien dat het ziekteverzuim in 2005 net als in de jaren daarvoor is gedaald. Ook is te zien dat het aantal lopende WAO-uitkeringen in 2005 is gedaald. De cijfers over de WAO-instroom in 2005 zijn niet te vergelijken met voorgaande jaren in verband met een trendbreuk door de invoering van instroom na het tweede ziektejaar.

Tabel Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (kengetallen)

	Zorg en Welzijn					
	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*
Ziekteverzuim (% excl.	7,8%	7,5%	7,0%	6,2%	5,7%	5,4%

zwangerschap)						
Lopende WAO-uitkeringen	103.266	109.427	113.738	110.819	108.077	99.417
Instroomkans WAO	1,8%	1,9%	1,7%	1,1%	0,93%	0,2%
Uitstroomkans WAO	8,3%	9,1%	10,2%	11,1%	10,5%	10,3%
Nederland						
	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*
Ziekteverzuim (% excl. zwangerschap)	5,5%	5,4%	5,4%	4,8%	4,6%	nbn
Lopende WAO-uitkeringen	768.779	792.116	802.468	786.111	765.846	703.149
Instroomkans WAO	1,5%	1,5%	1,3%	1,0%	0,86%	0,3%
Uitstroomkans WAO	9,0%	9,3%	9,3%	9,5%	9,3%	10,5%

Bron: Vernet, CBS, UWV

* de jaren 2004 en 2005 zijn voorlopige cijfers

189. Is in 2005 ook ingezet om de weglek van (goed gekwalificeerde) mensen naar andere sectoren dan de zorg te voorkomen? Zo ja, hoe? Wat heeft dat opgeleverd?

Zorginstellingen hebben er alle belang bij dat zij goed gekwalificeerd personeel behouden. Zij zijn daar ook primair verantwoordelijk voor. Afgelopen jaren is daar het nodige in geïnvesteerd, ook door VWS. Dit is bijzonder succesvol geweest. Het netto verloop (vertrek van personeel uit de zorg) van het verplegend en verzorgend personeel is namelijk gedaald van 6,8% in 2000 naar 3,4% in 2004. In 2005 is het vervolgens verder gedaald naar 3,3%.

190. Is er in 2005 ook aandacht geweest voor de tekortschietende stageplaatsen in de zorg? Zo ja, hoe? Wat heeft het opgeleverd?

Voldoende stageplaatsen zijn een noodzakelijke voorwaarde voor een voldoende toekomstige instroom van zorgpersoneel. De laatste tijd wordt nadrukkelijk gewezen op een tekort aan stageplaatsen in de zorg. Dit is veelal gebaseerd op informatie van opleidende instanties als de ROC's (Regionaal OpleidingsCentrum). Het verhaal van de ROC's vormt echter slechts een kant van het verhaal.

De OVDB (Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen) heeft de materie breder bekeken en komt daarbij tot de volgende (voorlopige) conclusies. Er is op dit moment geen algemeen landelijk tekort aan stageplaatsen. Er doen zich lokaal echter wel problemen voor. Beschikbare stageplaatsen worden niet optimaal benut, omdat de beschikbaarheid niet aansluit op de planning van stageperiodes vanuit de opleidingen. Leerbedrijven maken niet altijd hun toezeggingen waar. Er zijn lokale knelpunten, naast andere lokale overschotten. Verder is het aanbod van leerlingen in een bepaald segment groter dan de maatschappelijke behoefte aan dergelijke leerlingen.

Dit alles vraagt om een betere afstemming en coördinatie tussen opleidingsinstellingen en zorginstellingen. Gelet op de toekomstige knelpunten in de personeelsvoorziening zal de problematiek van de stageplaatsen in de nabije toekomst op de agenda blijven. Ik ben dan ook in overleg met veldpartijen om te bezien op welke wijze dit het beste aangepakt kan worden.

191. Waarom is er beperkt gebruik gemaakt van de Regeling Stimuleringsregeling doorstroom zorg? (regulier maken van gesubsidieerde banen). Wat wordt bedoeld met "diverse beweegredenen"?

De vraag waarom instellingen beperkt gebruik maken van de stimuleringsregeling is niet eenduidig te beantwoorden. Een combinatie van beweegredenen zoals onzekerheid over de afspraken tussen gemeenten, de economische situatie en een ruime arbeidsmarkt zijn er waarschijnlijk de oorzaak van dat instellingen terughoudend zijn (geweest) om gesubsidieerde medewerkers te laten doorstromen naar een reguliere baan. Buiten genoemde regelingen kent VWS geen regeling om het omzetten van gesubsidieerde banen in reguliere banen te stimuleren.

192. Waarop is de kwalificatie "stabiel" voor de arbeidsmarkt gebaseerd? Wanneer verschijnt het interdepartementale onderzoeksprogramma over de Nederlandse arbeidsmarkt? Wordt hierin expliciet aandacht geschonken aan de positie van arbeidsmarkt in de zorg en welzijnssector?

Op basis van de belangrijkste indicatoren van de arbeidsmarkt in de zorg en welzijnssector, zoals de lage vacaturegraad en het lage ziekteverzuim is te concluderen dat de arbeidsmarkt op dit moment rustig is. Het interdepartementale onderzoeksprogramma is een verzameling van onderzoeken naar wisselende deelonderwerpen binnen de Nederlandse arbeidsmarkt. Daarnaast is er vanuit VWS met sociale partners een afzonderlijk onderzoeksprogramma dat expliciet ingaat op de arbeidsmarkt in de zorg en welzijnssector. De rapportage van dat onderzoeksprogramma verschijnt jaarlijks in oktober en wordt eveneens jaarlijks door de minister van VWS aangeboden aan de Kamer.

193. Was er in 2005 nog steeds sprake van een tekort aan huisartsen? Welke bijdrage heeft de in gang gezette taakherschikking (bijvoorbeeld de inzet van praktijkverpleegkundigen) in het oplossen van het tekort aan huisartsenzorg gehad?

Momenteel studeren er meer huisartsen af dan er uittreden. Met de extra capaciteit is de groei van de bevolking opgevangen, evenals de vervangingsvraag van de huisartsen. Daarnaast is er ruimte gekomen om de toegenomen vraag op te vangen en de arbeidstijd te laten dalen. De komst van de huisartsenpost en huisartsendienstenstructuren dragen daar aan bij: de huisartsen draaien minder nacht- en weekenddiensten. Dankzij deze veranderingen stellen huisartsen hun pensioen uit. Regionaal is er hier en daar nog sprake van een tekort, maar daartegenover staan signalen van een ruim aanbod van huisartsen wanneer zich een vacature voordoet. Al met al is er een beter evenwicht ontstaan tussen vraag en aanbod dan in 2000. Het Capaciteitsorgaan noemt in het capaciteitsplan 2005 als succesfactoren de gevolgen van beleidsmaatregelen als het uitbreiden van de opleidingscapaciteit, het inzetten van nieuwe disciplines als de 'nurse practitioner' (NP) en 'physician assistant' (PA), het verbeteren van de organisatie van de huisartsenzorg door middel van de inzet van praktijkondersteuners (POH).

194. Waardoor wordt het verschil in geraamde kosten (€ 1 miljoen) en werkelijke kosten (€ 7 miljoen) ten behoeve van de herpositionering zelfstandige bestuursorganen veroorzaakt? Wat maakte dat dit bij het opstellen van de begroting niet was voorzien? Zijn er nog meer extra kosten voor de herpositionering zelfstandige bestuursorganen na 2005 te verwachten?

Het betreft een verschuiving van geraamde uitgaven in de tijd. Bij het opstellen van de begroting 2005 zijn in kader van het nieuwe zorgstelsel € 1 mln in 2005 en € 6 mln in 2006 gereserveerd voor de gevolgen van de herpositionering van de zbo's die in de zorg werkzaam zijn (zorg-zbo's). Bij de ingediende begrotingen 2005 van de zorg-zbo's, bleek echter dat deze middelen al in 2005 nodig waren. Hiertoe is een temporisatie van € 6 mln van 2006 naar 2005 in de VWS-begroting verwerkt. Omdat de zorg-zbo's in 2005 nog vanuit de premie worden gefinancierd heeft vervolgens een overboeking van in totaal € 7 mln naar de premiemiddelen plaatsgevonden. Voor wat betreft de toekomst doen zich bij de uitgaven 2006 nog een aantal onzekerheden voor, bijvoorbeeld t.a.v. de uiteindelijke kosten voor de huisvesting van de Nederlandse Zorgautoriteit. Ook voor de wat verder weg liggende toekomst is het benodigde budget voor de zorg-zbo's afhankelijk van een aantal beleidsmatige ontwikkelingen. Zo zullen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als gevolg van bundeling van verschillende vormen van toezicht synergie-effecten ontstaan, maar vergen de nieuwe sectorspecifieke mededingingstaken specifieke kennis.

Een ander voorbeeld is dat de ontwikkeling van het budget afhankelijk is van de afbouw van aanbodsuring (bijvoorbeeld de invoering van integrale tarieven en de introductie van risicodragendheid bij de kapitaallasten in de intramurale bouw).

Daarnaast heeft de NZa als gevolg van een aantal amendementen in de Tweede kamer bij de behandeling van de Wet Marktordening Gezondheidszorg extra taken gekregen. Op dit moment wordt gezien welke gevolgen dat heeft.

195. Hoe komt het dat er minder is uitgegeven dan beraamd aan de informatiecampagne rond de invoering van de Zorgverzekeringswet? Hebben bepaalde activiteiten geen doorgang gevonden?

In het kader van de invoering van de zorgverzekeringswet is een intensieve informatiecampagne uitgevoerd. Deze was gericht op de mogelijkheid van het kiezen van een zorgverzekering. Tijdens de uitvoering van de campagne is steeds het bereik binnen de bevolking gemeten. Dit bereik bleek bijna volledig te zijn, dus was meer inzet hiervoor niet nodig.

Daarnaast is overwogen om tegelijkertijd ook publieksvoorlichting te geven over het kiezen van een zorgaanbieder. Een voorstel hiervoor is getest. Mede op grond van deze uitkomsten is besloten dat een dergelijke campagne in die periode niet geschikt zou zijn, mede gegeven de samenloop met het kiezen van een zorgverzekering.

196. Wanneer is de portal met vergelijkende informatie over instellingen ook op de gebieden verpleeghuis, verzorgingshuis, thuiszorg, ggz en gehandicaptenzorg gerealiseerd? Kan de regering dit per deelterrein aangeven?

De keuze-informatie op www.kiesBeter.nl over zorginstellingen wordt stapsgewijs uitgebreid. In maart 2006 is op www.kiesBeter.nl een aanvang gemaakt met het onderdeel verplegings- en verzorgingshuizen. Allereerst gaat het om feitelijke informatie over het aanbod van het merendeel van de instellingen en kwaliteitsinformatie van een aantal instellingen. In de loop van 2006 en 2007 wordt dit uitgebreid met kwaliteitsinformatie van meer instellingen en ervaringsgegevens van cliënten.

In mei 2006 is de keuze-informatie over ziekenhuizen op www.kiesBeter.nl uitgebreid met informatie op grond van de IGZ-kwaliteitsindicatoren. In de loop van 2006 en 2007 worden ervaringsgegevens van patiënten en aandoeningspecifieke indicatoren hieraan toegevoegd. De keuze-informatie over thuiszorg, GGZ, gehandicaptenzorg en eerste lijnszorg komt volgens een vergelijkbare fasering in de loop van 2006 en 2007 op www.kiesBeter.nl beschikbaar. Hierbij worden de eerste resultaten voor de onderdelen thuiszorg, GGZ en eerste lijnszorg in de tweede helft van 2006 op www.kiesBeter.nl gepubliceerd en voor het onderdeel gehandicaptenzorg begin 2007.

Steeds wordt gezien wat patiënten/consumenten vinden van de op www.kiesBeter.nl aangeboden informatie. Het doel is deze informatie steeds meer te laten aansluiten op de vragen en wensen van patiënten/consumenten.

197. Wat is er in 2005 gebeurd aan onderzoek etc. om alle patiënten-/consumentenwetgeving te bundelen in één wet, en wat zijn de resultaten?

Mede op basis van de analyse die is gepleegd door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) – die deze heeft vastgelegd in een in het voorjaar gepubliceerde brochure – worden op dit moment de voor- en nadelen van een Zorgconsumentenwet op een rij gezet. Ik wil daarbij ook de resultaten betrekken van het onderzoek dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg verricht in het kader van de voorbereiding van de Staat van de Gezondheidszorg 2006, die als thema ‘patiëntenrechten’ heeft. Als ik tot de conclusie kom dat een wet het beste middel is om de positie van de consument op de zorgmarkt te versterken, dan ga ik deze voorbereiden. Maar ik wil serieus gezien of er geen betere opties zijn. Ik verwacht uw Kamer over dit onderwerp in juni 2006, of anders zo spoedig mogelijk daarna, te kunnen berichten.

198. Wat zijn -gezien de kritiek op de ontwikkelingen in de administratieve lastenreductie- de prognoses of extrapolaties die de minister maakt aan de hand van de geconstateerde toename 2005?

De toename van de administratieve lasten in 2005 hebben geen structureel karakter. Door de invoering van de dbc's en de kaderregeling administratieve organisatie/interne controle AWBZ en het later realiseren van enkele reducties is de administratieve last van VWS iets opgelopen. Voor 2006 en 2007 zijn er extra maatregelen om deze stijging te compenseren. De vermindering van administratieve lasten door VWS zal door de extra maatregelen aan het einde van deze kabinetsperiode hoger zijn dan de netto reductie van € 650 miljoen. Binnenkort ontvangt uw Kamer de voortgangsrapportage administratieve lasten burgers en bedrijven. In deze rapportage wordt de actuele stand van zaken weergegeven.

199. Wat zijn de reële inspanningen en uitgaven geweest ten aanzien van de ontwikkeling van het BSN in de zorg en wat zijn de prognoses gezien de stagnatie van deze ontwikkeling in 2005?

VWS heeft in 2005 de BSN-wet opgesteld. Deze wet is inmiddels aan de Tweede Kamer aangeboden. Zoals elk betrokken departement heeft VWS aan BZK een budget beschikbaar gesteld (€ 1 miljoen) en heeft VWS € 2,8 miljoen beschikbaar gesteld aan het CIBG voor de sectorale beheersvoorziening zorg (SBV-Z).

200. De regering stelt dat evaluatie in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen op dit moment onzinnig is; op welke wijze is de regering dan wel omgegaan met de voor 2005 aangekondigde monitoring van de Kwaliteitswet zorginstellingen?

In de brief van 10 februari 2006 (TK 2005/2006, 28 439 nr. 12) inzake 'Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen' is de Tweede Kamer uitgebreid geïnformeerd over de wijze waarop binnen de zorgsector het onderwerp 'kwaliteit van zorg' voor de komende jaren zal worden geagendeerd. Kern van de aanpak zijn concrete afspraken met alle sectoren in de zorg over kwaliteitsverbetering (en in het bijzonder over indicatoren en meetmethoden, over eenduidig publiceren van gegevens over kwaliteit, over het vastleggen van bindende normen voor essentiële onderdelen van veiligheid, nadruk op horizontaal toezicht).

201. Wanneer is voorzien dat deze evaluatiestudie (Kwaliteitswet zorginstellingen) alsnog wordt gestart? (is dat een kwestie van maanden of jaren)?

Gezien de brief van 10 februari 2006 (TK 2005/2006, 28 439 nr. 12) inzake 'Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen' bestaat er op dit moment geen voornemen om op korte termijn over te gaan tot een evaluatie van deze wet.

202. "Een nadere verkenning binnen het programma doelmatigheidsonderzoek zal hierover meer duidelijkheid moeten verschaffen" Dit punt en deze zin zijn nogal algemeen. Kan de minister dat toelichten? Wat is hiervan de tussenstand? Wat is concreet bereikt in 2005?

ZonMW heeft medio 2005 subsidie gegeven aan het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC voor een "verkenning om te komen tot een nadere inventarisatie en prioritering van wetenschappelijk doelmatigheidsonderzoek ten aanzien van beslissingen rond pakket- en DBC-onderhoud en beslissingen over aanbod, organisatie en inkoop van zorg." Die nadere verkenning was gewenst omdat een veldraadpleging naar prioriteiten voor doelmatigheidsonderzoek wat betreft de ondersteuning van beslissingen rond DBC-onderhoud en zorginkoop geen optimaal resultaat had opgeleverd. De eindrapportage van de verkenning is in februari 2006 opgeleverd en heeft dus geen rol gespeeld in 2005. De resultaten van de verkennende studie zullen een rol spelen vanaf de subsidieronde 2008 van het programma doelmatigheidsonderzoek.

203. Hebben alle betrokkenen inmiddels een E 121 formulier?

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft 170 000 potentiële verdragsgerechtigden aangeschreven. Van 130 000 personen is een reactie ontvangen. Aan de personen die gereageerd hebben en van wie het verdragsrecht is vastgesteld is het formulier E 121

toegestuurd. Het CVZ heeft aan de 40 000 personen die niet hebben gereageerd in februari het formulier E 121 gestuurd.

204. Wat is er in 2005 gebeurd om de GGZ klaar te maken voor de overgang naar de Zvw (die vervolgens nog een jaar is uitgesteld en nu voor 2007 staat gepland)? Wat waren de knelpunten, wat is daaraan gedaan en wat zijn de resultaten?

Op 11 maart 2005 is het ontwerp-Besluit zorgverzekering aan de Eerste en Tweede Kamer overlegd (TK 2004/05, 29763, nr. 70). In dit Besluit zijn nadere regels gesteld met betrekking tot onder andere de verzekeringsaanspraken en het vereveningssysteem voor de over te hevelen GGZ. Daarin is een apart deelbudget geneeskundige GGZ opgenomen.

In de brief over de gefaseerde invoering overheveling en DBC GGZ en overige invoeringsaspecten Zvw staan de knelpunten en gekozen aanpak beschreven (TK 2004/05, 29763, nr. 72). De invoering van de Zvw in 2005 vergde veel bestuurlijke en operationele aandacht. Zorgverzekeraars waren van mening dat zij de premies, polisaanspraken en kosten per verzekerde niet goed konden vaststellen als er sprake was van overheveling per 1 januari 2006. In de risicoverevening zou dan een zeer aanzienlijke mate van nacalculatie van in de GGZ gemaakte kosten noodzakelijk zijn. Daarmee zou de prikkel tot doelmatige zorginkoop wegvallen. Hierom is in 2005 besloten de overheveling GGZ gefaseerd in te voeren. Besloten is de geneeskundige GGZ-prestaties onder de Zvw per 1 januari 2007 in werking te laten treden. Wel maken de kosten van de geneeskundige GGZ al onderdeel uit van de Zvw-premie en wordt het geld voor de geneeskundige GGZ vanuit het Zorgverzekeringsfonds in 2006 eenmalig gestort naar het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Voor de gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen en verzekeraars ten behoeve van de risico-inschatting, het zogeheten individueel declareren, is in het najaar van 2005 door het CTG een regel vastgesteld. Deze CTG-regel is begin 2006 in overleg met ZN, GGZN en het CBP nog technisch herzien in verband met de privacytechnische en uitvoeringstechnische aspecten in het overgangsjaar 2006. ZN en GGZN hebben een project opgezet dat ervoor zorgt dat de gegevens op een relatief eenvoudige systematische manier bij zorgverzekeraars komen. Op dit moment wordt hiervoor een subsidieaanvraag opgesteld.

205. Waarom is de massamediale campagne voor de invoering van de Zvw aangepast? Wat was het oorspronkelijke plan en wat is het daadwerkelijk geworden?

De campagne is niet aangepast. Alle activiteiten zijn uitgevoerd conform plan (voor een beschrijving verwijs ik naar p.15 van het jaarverslag). Oorzaak van de lagere uitgaven is gelegen in het feit dat de laatste fase van de campagne plaats heeft gevonden in 2006. Dit als gevolg van de wens van de Kamer om burgers meer tijd te geven voor een bewuste keuze voor een zorgverzekering en een zorgverzekeraar. Hierdoor is de campagne pas geëindigd op 1 mei 2006 en zijn uitgaven die in de oorspronkelijke begroting drukten op het budget van 2005 pas gedaan in 2006.

206. Waarvan zijn de hogere beheerskosten Zfv 2004 het gevolg, daar de Zvw was nog niet aan de orde was?.

De volumemutatie 2004 hangt vrijwel volledig samen met de afrekening beheerskosten particulier (zie blz. 115 van het jaarverslag). In 2005 was wel sprake van hogere beheerskosten voor de Ziekenfondswet (€ 20,0 miljoen). Het gaat hier om extra kosten voor de uitvoering van de no-claimregeling.

207. Is het mogelijk de evaluatie van de no claim te ontvangen voor het WGO financiële verantwoording op 6 juni a.s.?

Nee, het is niet mogelijk de evaluatie van de no-claim al voor 6 juni naar de kamer te sturen. In een recent overleg met de Kamer is toegezegd de evaluatie van de no-claim medio juni naar de Kamer te sturen. Het is niet mogelijk om dit te vervroegen.

208. Het onderzoek (fraudedetectie DBC's) heeft geen resultaat opgeleverd, maar fraude met DBC's moet wel worden tegengegaan. Wat heeft de minister gedaan na de constatering dat zonder goede dataset het onderzoek geen resultaat opleverde? Zijn er alternatieve acties ondernomen en met welk succes?

In plaats van een gericht fraudeonderzoek volgens de oorspronkelijk beoogde systematiek houden zowel Zorgverzekeraars Nederland als het CTZ thans de vinger aan de pols. Men volgt de ontwikkelingen en inventariseert eventuele knelpunten. Aan de hand van de aldus verkregen informatie kan op latere termijn afhankelijk van bevindingen alsnog worden besloten tot dieper onderzoek.

Het CTZ verwacht van verzekeraars dat de reguliere controles op rechtmatigheid bij de declaratie via DBC's voldoende worden uitgevoerd. De accountants van de verzekeraars moeten daarover op reguliere basis ook verslag uitbrengen aan het CTZ.

209. Hoeveel kinderen hebben er in 2005 op een crisisplaatsing moeten wachten? Om hoeveel dagen ging dat gemiddeld? En hoeveel van deze kinderen hebben in een politiecel op deze crisisplaatsing moeten wachten?

In 2005 zijn er 1.500 crisisplaatsingsverzoeken bij de Dienst Justitiële Inrichtingen ingediend. De gemiddelde wachttijd bedroeg 9,9 dagen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat alle jeugdigen behorende tot categorie A, conform het crisisconvenant binnen één week zijn geplaatst. In het systeem van DJI is geen zicht op (het aantal) plaatsingen vanaf het politiebureau. Dit kan handmatig worden uitgezocht, maar dit vergt enige maanden tijd.

210. Hoeveel dagen was de wachttijd op residentiële zorg per provincie in 2004 en in 2005 en om hoeveel kinderen gaat het per provincie?

De tijd dat een cliënt na indicatiestelling gemiddeld op residentiële zorg moest wachten bedroeg in het derde kwartaal van 2004 65 kalenderdagen, en in het derde kwartaal van 2005 63 kalenderdagen. Dit betreft indicatieve cijfers, gebaseerd op 10 van de 15 provincies en grootstedelijke regio's die deze cijfers konden aanleveren. De gemiddelde wachttijd loopt nog sterk uiteen, van 19 dagen tot 122 dagen (derde kwartaal 2005).

Alle provincies hebben in het aanvalsplan wachtlijsten aangegeven op welke wijze zij erin voorzien dat eind dit jaar kinderen niet langer dan negen weken na indicatiestelling hoeven wachten op zorg (zie mijn brief van 17 mei 2006, DJB/JZ-2681700). In het kader van dit aanvalsplan hebben de provincies de wachtlijst geschoond voor dubbelstellingen en kinderen die al in zorg zijn. Na deze opschoonactie resteert een wachtlijst op 1 januari 2006 van 5.000 kinderen, die na indicatie langer dan negen weken wachten. 23% hiervan (1150 kinderen) wacht op een residentiele plek.

211. Wat verklaart de onderbesteding in het vrijwilligerswerk? Hoe wordt dit gerijmd met de doelstelling tot versterking/ bevordering van het vrijwilligerswerk?

De Beleidsbrief Vrijwillige Inzet (Kamerstuk 2005-2006, 30 334, nr. 1, d.d. 27-10-2005) en de inzet van het bijbehorende budget werd later afgerond dan aanvankelijk gepland vanwege een zorgvuldige voorbereiding. Belangrijkste overwegingen daarbij waren de noodzaak tot het verdisconteren van alle ervaringen met de TSV-regeling en het meenemen van de ontwikkelingen met betrekking tot de WMO. Dat liet echter onverlet dat activiteiten gericht op de bevordering en versterking van het vrijwilligerswerk in de loop van 2005 in gang werden gezet, zoals de ontwikkeling van een nieuw kennisinstituut, de herijking van model voor deskundigheidsbevordering vrijwilligers, de verdubbeling van het jaarmaximum van de vrijwilligersvergoeding, het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving, de reductie van administratieve lasten, programma's voor het stimuleren van de vrijwillige inzet door jongeren, allochtonen en ouderen, en trendonderzoek naar vrijwillige inzet.

212. Waardoor wordt het tegenvallend aantal projectaanvragen voor de BOS-regeling verklaard?

In december 2005 heb ik uw Kamer schriftelijk geïnformeerd over de aanpassing van de BOS-regeling voor de 3e en laatste tranche (TK 2005-2006, 30 234, nr. 3).

Het achterblijven van het aantal projectaanvragen kende een aantal oorzaken.

Ten eerste was in de oorspronkelijke regeling het aantal aanvragen per gemeente gemaximeerd op vijf. Gebleken is dat vooral grote gemeenten met veel achterstandsgebieden meer dan vijf projecten kunnen en willen starten. Om deze gemeenten tegemoet te komen heb ik deze beperking uit de regeling gehaald. Ook heb ik de regeling zodanig aangepast, dat binnen één projectgebied meerdere projecten uitgevoerd kunnen worden mits deze zich richten op andere jeugdigen of op een andere achterstand.

Ten tweede zijn veel middelgrote en kleinere gemeenten nog bezig met de uitvoering van projecten in het kader van de Breedtesportimpuls. Voor beide regelingen geldt een verplichte cofinanciering, waardoor het voor deze gemeenten moeilijk is om tegelijkertijd ook BOS-projecten uit te voeren. Om deze gemeenten tegemoet te komen heb ik de uiterste startdatum voor BOS-projecten verruimd van 2007 tot 2009.

Voor de derde en laatste tranche (sluitingsdatum 1 april 2006) zijn, op basis van de aangepaste regeling, meer dan 500 aanvragen gedaan. Dat betekent dat bij de beoordeling van de aanvragen een aantal in de regeling genoemde selectiecriteria in werking zal treden. Een selectie criterium dat recent aan de BOS-regeling is toegevoegd betreft de betrokkenheid van organisaties voor buitenschoolse opvang en het creëren van sluitende dagarrangementen. Daarmee wordt (mede) uitvoering gegeven aan het amendement-Van der Sande/Verbeet inzake naschoolse activiteiten en sport (TK 2005-2006, 30 300 XVI, nr. 93).

213. Wat is de oorzaak van de vrijvallende middelen bij de breedtesportimpuls? Was het gezien de beperkingen die kinderen met lage inkomens ervaren om te gaan sporten niet meer legitiem deze middelen binnen de breedtesport te herinvesteren in plaats van te verschuiven naar de topsport? Welk knelpunt in de topsport is uiteindelijk met deze middelen opgelost?

De breedtesportimpuls is een tijdelijke stimuleringsregeling, die in 1999 is geïntroduceerd en per 1 januari 2005 is beëindigd. De gesubsidieerde projecten hebben een looptijd van minimaal 3 jaar en de laatste projecten eindigen in 2009. Vanaf 2005 is sprake van een aflopende reeks aan betalingen. In de VWS-begroting was een structurele reeks gereserveerd voor de Breedtesportimpuls. Daardoor was er vanaf 2005 sprake van "vrijvallende middelen". In het kader van de nota "Tijd voor sport" zijn de vrijvallende middelen van de Breedtesportimpuls vanaf 2006 ingezet voor de speerpunten Gezond door Sport en Meedoen door Sport. In 2005 zijn deze vrijvallende middelen ingezet voor een onvermijdelijk knelpunt bij de stipendiumregeling. De Belastingdienst heeft in 2005 een naheffingsaanslag opgelegd aan het Fonds voor de Topsporter, omdat zij van mening was dat het Fonds ten onrechte de regeling voor afdrachtvermindering lage lonen heeft toegepast op de uitgekeerde stipendia. Het Fonds voor de Topsporter beschikt niet over eigen middelen om een dergelijke tegenvaller op te vangen en heeft daarom een beroep gedaan op VWS als financier van de stipendiumregeling. Op het moment dat deze naheffingsaanslag definitief werd (in september 2005), was een groot deel van de sportbudgetten al vastgelegd in verplichtingen. Omdat de vrijvallende middelen van de Breedtesportimpuls nog niet in verplichtingen vastgelegd waren, zijn deze middelen ingezet om dit knelpunt op te vangen.

214. Wat is de stand van zaken van het project "Gerichte benadering". Hoeveel mensen zijn er bereikt? Wordt er ook aan "nazorg" gedaan, immers als men iemand gericht benadert, worden er verwachtingen gewekt.

Per 1 mei 2006 zijn in het kader van het project Gerichte benadering 6.900 (van in totaal circa 35.000) mensen aangeschreven. Bijna 3.300 daarvan hebben gereageerd, waarvan 1.300 (33%) positief. De nazorg is in handen van de Sichting Pelita. Met die organisatie zijn financiële afspraken gemaakt die voldoende nazorg mogelijk maken gedurende de looptijd van het project (tot en met 2008).

215. Hoe verloopt de samenwerking War Trauma Foundation en Cogis? Zijn er concrete stappen gezet?

Ik krijg positieve signalen over de samenwerking tussen War Trauma Foundation (WTF) en Cogis. Begin 2006 is een koepelbestuur Stichting Cogis en WTF gevormd. Dit markeert het startpunt voor geleidelijke integratie van de werkzaamheden, met behoud van de eigen identiteit van de instellingen. Er zijn inmiddels concrete werkafspraken gemaakt. De internationale contacten van Cogis vinden zo veel mogelijk plaats via WTF en de opleiding voor hulpverleners die naar traumagebieden gaan wordt door Cogis verzorgd.

216. Is na alle reorganisaties de IGZ voldoende in staat zijn taken ook gedecentraliseerd uit te voeren? Op basis van welke criteria wordt beoordeeld of de doelstellingen worden bereikt?

De nu grotendeels afgeronde reorganisatie van de IGZ is het sluitstuk van de integratie van vijf verschillende inspecties die in 1995 bijeen werden gebracht. Deze reorganisatie was niet alleen hard nodig om de chronische interne problemen te verhelpen maar ook om de modernisering van het toezicht adequaat te faciliteren. Door de nieuwe structuur met een eenduidige lijnorganisatie en een professionele sturingslijn en het opheffen van de clusters (die in de praktijk een voortzetting waren van de vijf voormalige inspecties) is de sturing van het toezicht en de prioriteiten daarbij verbeterd. Ook het ingevoerde gelaagd en gefaseerd toezicht in combinatie met kwaliteitsmeting op basis van prestatie-indicatoren draagt bij aan uniform werken in alle regionale vestigingen.

De IGZ heeft in haar werkplan 2006 aangegeven waar de prioriteiten voor dit jaar liggen om haar missie 'Bijdragen aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg' waar te maken. Ik acht de IGZ voldoende in staat het werkplan te realiseren.

217. Heeft de minister, gezien de eigen constatering dat de vernieuwde Inspectie-aanpak, financiële ramingen van de productievraag heeft bemoeilijkt, voor het komend jaar een betere financiële systematiek passend bij de nieuwe Inspectievormgeving?

Het lastiger ramen van de productie in 2005 heeft niet zozeer te maken met de financiële systematiek maar met gebrek aan eenduidigheid in de productie omdat bij het invoeren van gelaagd en gefaseerd toezicht anders gedefinieerde producten zijn ontstaan. Ook in 2006 zullen het "klassieke" toezicht (algemeen en interventietoezicht) en het gelaagd en gefaseerd toezicht nog naast elkaar bestaan. Ook dan zullen er dus 2 soorten producten zijn.

218. In 2005 is overgegaan naar gelaagd en gefaseerd toezicht door de IGZ. Hoe is deze overgang verlopen? Wat zijn opmerkelijke/belangrijke verschillen tussen de 2 toezichtsvormen (alg/interventie toezicht versus gelaagd gefaseerd toezicht)? Wat zijn de knelpunten die in 2005 vooral aandacht vergden?

Gelaagd en gefaseerd toezicht (GGT) is niet in de plaats gekomen van algemeen en interventietoezicht. GGT is vooral ontwikkeld om efficiënter en met minder toezichtlast voor de onder toezicht gestelden te kunnen werken. Gefaseerd werken betekent: eerst informatie verzamelen en verwerken van alle onder toezicht staande zorgaanbieders (fase 1). Op basis van de uitkomsten van de gegevensanalyse en met name van de gedetecteerde risico's voor patiënten voeren inspecteurs toezichtbezoeken uit (fase 2). Bij ernstige of aanhoudende overtredingen gaat de inspectie over tot handhaving (fase 3). Het algemeen toezicht is deels verwerkt in fase 2, het interventietoezicht deels in fase 3; dit vindt echter ook plaats naar aanleiding van meldingen of calamiteiten. In 2005 besteedde de inspectie vooral aandacht aan de combinatie van GGT met kwaliteitsmeting op basis van prestatie-indicatoren. De inspectie heeft in samenwerking met alle betrokken partijen ook veel geïnvesteerd in het tot stand brengen van een toetsingskader voor verantwoorde zorg dat nu in de verplegings- en verzorgingssector wordt ingevoerd.

219. De Inspectie heeft een lager aantal adviezen geleverd dan geraamd; dit wordt toegeschreven aan problemen bij de vernieuwde Inspectie-aanpak. Welke

capaciteitsconsequenties voorziet de regering van deze wijziging en zijn de capaciteitsramingen voor de inspectie op deze nieuwe orde al aangepast?

Het aantal adviezen lag in feite niet lager dan geraamd, alleen werd een deel van de adviezen niet geregistreerd. Het betreft afgehandelde informatievragen die in 2005 nog niet geautomatiseerd verwerkt werden. Bij het stapsgewijs invoeren van gelaagd en gefaseerd toezicht hoort ook de opbouw van een bijpassend geautomatiseerd systeem. In de loop van 2006 wordt dit soort informatievragen in dit geautomatiseerd systeem opgenomen.

220. Wat was de oorzaak van de capaciteitsproblemen (afgeven vergunningen)? Is de oorzaak weggenomen? Hoe groot was de achterstand in de verwerking van de aanvragen? Hoe lang werd daardoor de wachttijd? Wat is gedaan om deze capaciteitsproblemen op te lossen?

De oorzaak lag vooral in het vertrek van medewerkers eind 2005 in het kader van de FPU-regeling. De Inspectie is druk bezig haar formatie weer op de normale sterkte te brengen. Op dit moment ligt het afgeven van vergunningen weer op schema.

221. Op welk benuttingspercentage van de Tegemoetkoming buitengewone uitgaven wordt gekoerst?

Het streven is erop gericht om het niet-gebruik van de TBU zo ver mogelijk terug te dringen. De voorlichting van de Belastingdienst is daar op gericht. In december 2005 heeft de Belastingdienst hiertoe bijvoorbeeld gedeeltelijke voorgedrukte en sterk vereenvoudigde aangifteformulieren Inkomstenbelasting verstuurd. Daarnaast is in de aangiftecampagne 2005 extra aandacht besteed aan de mogelijkheid de gemaakte ziektekosten op te voeren als buitengewone uitgaven in de aangifte.

222. Wat heeft de samenwerking met China in 2005 behelsd? Kan de minister een overzicht geven van landen waarmee in 2005 is samengewerkt, wat er is bereikt en hoeveel dat heeft gekost?

Tijdens de reis naar China van minister Hoogervorst in mei 2005 is een samenwerkingsovereenkomst met het ministerie van Gezondheid in China getekend. De samenwerking richt zich vooral op belangrijke terreinen als infectieziekten, voedselveiligheid, innovatie in de farmaceutische sector, eerstelijns gezondheidszorg en verslavingszorg. In 2005 is met deze samenwerking een aanvang gemaakt en zijn verkenningen uitgevoerd om vorm en inhoud aan de samenwerking te geven. Het gaat bij de samenwerking om kennisoverdracht, maar ook om het leren van China (als nieuwe wereldspeler, voor aanpak problemen op grote schaal etc.).

Op het gebied van surveillance van infectieziekten zijn kort na het bezoek van de minister twee medewerkers van het RIVM naar China vertrokken om in samenwerking met de WHO kennis uit te wisselen met het Chinese 'Centre for Disease Control' (CDC). In de loop van 2005 hebben verder verschillende Chinese delegaties Nederland bezocht, in het kader van de overeenkomst en op andere terreinen. Staatssecretaris Ross-van Dorp heeft eind mei 2006 een 'Memorandum of Understanding' voor sport en een meerjaren actieplan voor volksgezondheid ondertekend.

In 2005 is op verschillende terreinen en door verschillende onderdelen van het ministerie samengewerkt met derde landen. De samenwerking vond plaats in de EU en diverse multilaterale organisaties (voor VWS onder andere de Wereldgezondheidsorganisatie, de Raad van Europa en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling). Er zijn bilaterale bezoeken geweest (op zowel politiek als ambtelijk niveau), met de nadruk op de buurlanden, de VS, Frankrijk, en het Verenigd Koninkrijk.

In het kader van het Matra programma van Buitenlandse Zaken en het Twinning programma van de Europese Unie heeft de nodige kennisuitwisseling plaatsgevonden binnen projecten met de nieuwe lidstaten van de EU, de resterende kandidaat lidstaten en buurlanden van de EU.

Voor het bevorderen van internationale samenwerking op alle terreinen van het ministerie had de directie Internationale Zaken in 2005 ongeveer één miljoen euro beschikbaar. Daarnaast werden vanuit de Homogene Groep Internationale Samenwerking uitgaven gedaan voor het partnerschap

met de WHO en voor VWS-attache's. Overige uitgaven zijn terug te vinden in de bovengenoemde programma's en op kleine schaal in de (reis)budgetten van diverse beleidsdirecties en aan VWS gelieerde organisaties.

223. "Met de VS wordt kennis gedeeld" Hoe wordt deze kennis gedeeld? Welke werkvormen zijn daarvoor gekozen? Kan worden aangegeven welke gebieden het nog meer betreft?

De attaché van VWS in Washington speelt een centrale rol in de interactie tussen VWS en de VS en bij het delen en vergaren van kennis. De attaché signaleert ontwikkelingen op het brede terrein van VWS die voor VWS en daaraan gelieerde instituten relevant zijn en rapporteert daarover.

In het jaarverslag over 2005 worden met name publiek-private samenwerking, obesitas en vaccinontwikkeling genoemd, omdat deze onderwerpen uitgebreid aan de orde kwamen tijdens het werkbezoek van Minister Hoogervorst aan de VS in juli 2005. Maar er zijn ook tal van andere onderwerpen aan de orde geweest in 2005, bijvoorbeeld met betrekking tot:

- de gezondheidszorg: zoals de stelselherziening, kostenbeheersing/ betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit, geneesmiddelenbeleid en ICT.
- de volksgezondheid: zoals infectieziekte-uitbraken in het bijzonder een dreigende influenzapandemie, bioterrorisme, risicobeheersing, obesitas, drugs.

Verder spelen we in op onderwerpen waar Nederland in de belangstelling staat. Het betreft met name de ethisch gevoelige dossiers zoals: drugs (o.a. bewaken dat Nederland niet geplaatst wordt op de VS-'majors list', uitleg geven over het Nederlandse 'harm reduction' beleid), medicinale cannabis, euthanasiebeleid, abortus en homohuwelijk. Aangezien er veel misverstanden bestaan over het Nederlandse drugs- en euthanasiebeleid worden naast lezingen door de VWS-attaché tevens 'fireside chats' georganiseerd gekoppeld aan bezoekende Nederlandse delegaties met deskundigheid op deze terreinen. Dit vond in 2005 plaats op het terrein van het drugsbeleid.

Verder organiseren we regelmatig seminars, verzorgen we lezingen en nodigen we sprekers uit de VS uit in Nederland en vice versa. Zo hebben we in september 2005 als follow-up van het ministeriële bezoek professor Thorpe van 'Emory University' naar Nederland uitgenodigd om van gedachten te wisselen over kostenbeheersing in relatie tot chronische ziekten, inclusief de link naar het nieuwe zorgverzekeringsstelsel.

Tenslotte is de attaché vraagbaak voor individuen, instituten en journalisten uit Nederland, de VS en Canada op het brede terrein van VWS. Het betreft onder andere vragen over de nieuwe zorgverzekeringswet, de mogelijkheden voor werkgelegenheid in de Nederlandse gezondheidszorg en het transport van geneesmiddelen.

224. De Europese Unie heeft beperkte taken op het gebied van de gezondheidszorg. Heeft de minister in 2005 ook Europese wet- en regelgeving tegengehouden omdat de lidstaten deze zaken beter zelf kunnen regelen? Zo ja, kan de minister dat toelichten? Waarom heeft de minister bijvoorbeeld ingestemd met een Europese anti-rookcampagne? Is dat een taak voor de EU? Zo ja, waarom?

Nee, de Minister heeft geen Europese wet- en regelgeving tegengehouden.

De Europese anti-rookcampagne is gestart eind 2004 en loopt enkele jaren. De Minister heeft eerder al aangegeven niet enthousiast te zijn over dit soort pan-Europese campagnes. Nederland heeft daarbij aangegeven voorlichting een taak van de lidstaten te vinden. Maar anderzijds heeft de Gemeenschap op basis van artikel 152 van het Europees Verdrag de bevoegdheid om zelfstandig aanvullend op het nationale beleid gezondheidsvoorlichting te geven.

225. De gedragseffecten van de no-claimteruggaveregeling is volgens het jaarverslag niet goed meetbaar. Uit onderzoek komen signalen dat er een daling is in het gebruik van zowel noodzakelijke als niet-noodzakelijke zorg. Is dit geen aanleiding om hier alsnog onderzoek naar te doen? Op welke basis kan geconcludeerd worden dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling gerealiseerd is? Bij welke sectoren waren de grote meevallers? Zijn er cijfers bekend bij welke groepen de no-claimteruggave wel of niet terecht zijn

gekomen? Hoe groot zijn de verwachte gedragseffecten van de no-claimteruggaveregeling nu die voor alle verzekerden geldt?

Medio juni 2006 stuur ik de uitkomsten van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling in de Zfw naar de beide Kamers. Zoals al gesteld in het evaluatiekader (Kamerstukken II, 2004/05, 29 483, nr. 25) gaat het hierbij om een evaluatie die primair betrekking heeft op de globale effecten van de no-claimteruggaaf bij de (voormalige) ziekenfondsverzekerden. De analyse dient om op macroniveau inzicht te krijgen in de eerste effecten van de no-claimteruggaveregeling. Komend jaar volgt op microniveau een verdiepingsslag om onder meer de remgeldeffecten van de beleidsmaatregel adequaat in beeld te krijgen. In de verdiepingsslag is het ook mogelijk om een inschatting te geven bij welke groepen de no-claim vooral neerslaat.

226. Hoeveel externe menskracht is in 2005 ingehuurd? Hoe verhoudt zich dit tot 2004?

De uitgaven voor inhuur externen (incl. uitbesteding) bedroegen in 2005 ongeveer € 12 miljoen. Dit betreft alleen de uitgaven ten laste van de personele en materiële budgetten voor het kernministerie, de raden en de inspecties. De uitgaven van de agentschappen zijn niet in deze cijfers opgenomen. De uitgaven inhuur externen (incl. uitbesteding) bedroegen in 2004 ongeveer € 10 miljoen. Naar aanleiding van de begrotingsvoorschriften 2005 is met ingang van 1 januari 2005 een sterker onderscheid aangebracht tussen de kostensoorten voor inhuur externen en uitbesteding en zijn de definities aangescherpt. Een vergelijking met vorige jaren voor de uitgaven inhuur externen afzonderlijk is hierdoor niet te maken.

227. Wat zijn de exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige instandhouding bij academische ziekenhuizen en bij verzorgingshuizen? Waarom worden deze twee categorieën niet in de tabel genoemd?

We beschikken niet over de exploitatielasten van vergunningsplichtige instandhoudingbouw bij de academische ziekenhuizen. OCW houdt via het meerjarenoverzicht Planning Bouwvolume Academische ziekenhuizen (PBA) de bouwproductie bij van de academische ziekenhuizen. De exploitatielasten bij de verzorgingshuizen bedragen € 17,2 miljoen in 2004 en € 30,0 miljoen in 2005. In tabel 1 staan geen gegevens over de raming van exploitatielasten ten gevolge van instandhoudingbouw van verzorgingshuizen omdat de verzorgingshuizen - in tegenstelling tot de andere genoemde sectoren - pas vanaf 2001 worden gefinancierd vanuit de AWBZ. Met ingang van 1 januari 2001 vallen zij ook onder het bouwregime van de WZV (per 1 januari 2006 vervangen door de WTZi). Vóór 2001 had VWS zelf in het geheel geen gegevens over de bouw van verzorgingshuizen. Pas vanaf dat jaar is VWS gegevens op gaan bouwen. De in tabel 1 opgenomen gegevens geven de exploitatielasten weer bij de ingebruikname van vergunningsplichtige WZV/WTZi-bouw. Omdat de voorbereiding van de bouw en de bouwtijd zelf vaak enige jaren in beslag nemen, zijn er pas vanaf 2003 bedragen van enige omvang bekend voor de verzorgingshuizen. Wij overwegen in de VWS-begroting 2007, die op Prinsjesdag 2006 verschijnt, wel de cijfers voor de verzorgingshuizen te publiceren.

228. Hoe kan het dat de exploitatielasten van vergunningsplichtige instandhouding aanzienlijk lager liggen dan voorzien bij de begroting? Wat betekent dit voor het gebouwenbestand en voor de prioriteitenlijsten?

Zie het antwoord op vraag 8.