

Antwoorden op de vragen van de Kamer tijdens de eerste termijn van de kant van de Kamer tijdens de behandeling van de Begroting VWS 2009, d.d. 4 november 2008.

*Vraag van de heer Van Gerven (SP) over stand van zaken IGZ en St. Patiëntvertrouwenspersonen.*

De stichting patiëntenvertrouwenspersonen spreekt met de IGZ naar aanleiding van het onderzoek van de stichting pvp. De resultaten van het onderzoek van de stichting pvp zijn nog voorlopig. De IGZ neemt de signalen van de stichting pvp uiteraard zeer serieus. De IGZ neemt de uitkomsten van het onderzoek van de stichting pvp mee in de afweging rond verdere stappen naar aanleiding van het thematisch toezichtonderzoek naar 'separatie op de eerste dag van opname'.

*Vraag van de heer Van Gerven (SP) over de klacht dat de IGZ niets doet met individuele meldingen.*

De IGZ is geen klachtencommissie, maar toezichthouder. De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector geeft burgers de mogelijkheid om individuele klachten voor te leggen aan de klachtencommissie van de instelling/ beroepsgroep (bijv. huisartsen). Burgers denken veelal dat ze bij ook de IGZ terecht kunnen voor individuele klachten over instellingen. Dat is niet zo. Burgers moeten dergelijke klachten bij de instelling zelf indienen; een klachtencommissie behandelt die en doet uitspraak. De instelling moet vervolgens aan de burger mededelen of, en zo ja welke, maatregelen genomen worden. Burgers zijn soms ontevreden over een uitspraak van de klachtencommissie en willen dan de IGZ inschakelen. De IGZ fungeert evenwel niet als hoger beroepsinstantie. Ook al doet de IGZ niets actief met de klachten die zij ontvangt, ze leest ze wel en registreert ze als een melding. De IGZ bekijkt meldingen om te bezien of er naar het oordeel van de inspectie aanwijzing is voor een situatie die voor de veiligheid van patiënten of de gezondheidszorg een ernstige bedreiging is of anderszins noodzaakt tot onderzoek. Kort gezegd gaat de inspectie over tot nader onderzoek indien er structureel iets mis lijkt te zijn in de betrokken instelling, er in algemene zin risico's voor veiligheid zijn en als de instelling de klachtprocedure niet volgens de regels uitvoert. Dit nader onderzoek staat los van de behandeling van de klacht door de klachtencommissie en kan tegelijkertijd worden uitgevoerd. Indien de IGZ via een melding tot de conclusie komt dat sprake is van een misstand, dan kan ze natuurlijk wel handhaven op grond van de kwaliteitswet of op grond van de wet BIG. Zo kan ze het bestuur of de zorgverlener aanspreken of zelfs een bevel geven. Indien de IGZ constateert dat er sprake is van handelen of nalaten in strijd met de zorg die de zorgverlener hoort te betrachten, dan kan de inspectie een zaak bij de tuchtrechter of de strafrechter aanhangig maken.

*Vraag van de heer Van Gerven (SP) over het meer inkomensafhankelijk maken van de zorgverzekeringspremie.*

Het pleidooi van de SP is bij de algemene beschouwingen in een motie vervat en de motie is verworpen. Hetzelfde pleidooi heeft de SP ook gehouden bij de invoering van de Zvw. Toen heeft het kabinet duidelijk gemaakt te hechten aan een privaatrechtelijke grondslag voor de zorgverzekering en een bijbehorende substantiële nominale premie ter dekking van ongeveer de helft van de ziektekosten. Een substantiële nominale premie is van belang voor het kostenbewustzijn van de burger en daarmee is de houdbaarheid van het stelsel op langere termijn gediend. Het huidige kabinet ziet geen enkele aanleiding om op dit punt in de opstelling van het toenmalige kabinet een verandering aan te brengen. Ook niet vanwege de zorgtoeslag

want die heeft zich bewezen als een adequate inkomenscompensatie voor de mensen die het nodig hebben.

*Vraag van de heer Van Gerven (SP) over de financiële problemen wanneer een schoolgaand kind 18 jaar wordt.*

Voor kinderen van 18 jaar en ouder geldt dat als zij studeren of op school zitten vanaf het 18e jaar recht op studiefinanciering bestaat. Daarnaast heeft iedereen vanaf het 18e jaar een zelfstandig recht op zorgtoeslag.

*Vraag van de heer Van Gerven (SP) over het schrappen van de sta-op-stoel uit de basisverzekering.*

Gebleken is dat een stoel met sta-op functie in principe niet duurder hoeft te zijn dan een normale ergonomische verantwoorde stoel. Ik ben ervan overtuigd dat mensen uit zichzelf de geboden zelfredzaamheid van een sta-op-stoel zullen verkiezen boven de afhankelijkheid van thuiszorg en dat zij een dergelijke stoel voor eigen rekening zullen aanschaffen. Om die reden verwacht ik ook geen toename in de vraag naar andere zorgvormen als gevolg van deze maatregel.

*Vraag van de heer Van Gerven (SP) over vergoeding slaap- en kalmeringsmiddelen.*

De maatregel is bedoeld om het ongewenste chronisch gebruik van de slaap- en kalmeringsmiddelen terug te dringen.

Alle veldpartijen zijn het erover eens dat chronisch gebruik medisch onwenselijk en daarnaast niet doelmatig is en daarom teruggedrongen dient te worden. Dit is de belangrijkste reden om de vergoeding van de slaap- en kalmeringsmiddelen te beperken. Vergoeding van dit chronisch gebruik is dan ook geen goede besteding van publieke middelen. Deze vergoedingsmaatregel resulteert in een extra prikkel voor patiënt en zorgverlener om de patiënt te laten stoppen met chronisch gebruik. Dit zal gezondheidswinst opleveren.

De laatste jaren is al veel geïnvesteerd in projecten om het chronisch gebruik terug te dringen. Bij individuele patiënten zijn er natuurlijk successen, maar op landelijk niveau zien we het gebruik niet echt afnemen. Een extra nieuwe aanpak is daarom gewenst.

Meer dan 10 jaar geleden heeft de Ziekenfondsraad (de voorloper van het CVZ) al geadviseerd om de slaap- en kalmeringsmiddelen uit te sluiten van vergoeding. Mijn toenmalige ambtsvoorganger heeft ervoor gekozen om dat niet te doen, maar de verantwoordelijkheid voor het terugdringen van het chronisch gebruik bij het veld neer te leggen. Ik constateer nu dat dit niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. Daarom heb ik ervoor gekozen om deze 'zelf-betaal'-prikkel in te voeren om het chronisch gebruik af te remmen.

Daar waar chronisch gebruik medisch gezien noodzakelijk is heb ik op het advies van CVZ voor 4 indicaties een uitzondering gemaakt. Bij die indicaties blijft het gebruik vergoed.

Slaap- en kalmeringsmiddelen zijn bij normaal gebruik niet duur. Afhankelijk van hoelang de patiënt over het afbouwen doet zijn er wel kosten, ongeveer €12 tot €16 per maand (inclusief receptregel).

*Vraag van de heer Van Gerven (SP) over het opnemen van fysiotherapie in het pakket voor ouderen met chronische klachten.*

Overeenkomstig de toezegging eind juni jl. gedaan bij het overleg met de Kamer over het kabinetsstandpunt op het pakketadvies 2008 van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is

het CVZ gevraagd te adviseren over eventuele uitbreiding van de chronische lijst fysiotherapie. In dat overleg met de Kamer eind juni jl. ging het overigens alleen over artrose. De advisering terzake door het CVZ, die naar verwachting in het voorjaar van 2009 zal plaatsvinden, wordt afgewacht. Bij de besluitvorming over dat komende advies zal het kabinet ook de beschikbare financiële ruimte in acht moeten nemen.

*Vraag van de heer Van Gerven (SP) over de voorkruipzorg door zorgbemiddelingsbedrijven.*

De gezondheidszorg in Nederland is gelukkig zo geregeld dat het helemaal niet nodig is om zorg buiten het reguliere circuit om in te kopen. Iedereen heeft via de Zorgverzekeringswet toegang tot betaalbare, kwalitatief verantwoorde zorg. De acceptatieplicht in de Zvw garandeert dat iedereen zich bij de zorgverzekeraar van zijn keuze kan inschrijven. De zorgverzekeraar is verplicht om ervoor te zorgen dat zijn verzekerden tijdig, kwalitatief verantwoorde zorg krijgen. Daartoe maken zorgverzekeraars afspraken met zorgverleners over de zorgverlening, bijvoorbeeld over gegarandeerde toegangstijden bij ziekenhuizen. Dit is aantrekkelijk voor ziekenhuizen omdat zij, bijvoorbeeld door extra uren open te gaan, extra zorgaanbod in de markt kunnen zetten. Dit is ook aantrekkelijk voor verzekerden omdat zij sneller of op tijdstippen waarop hen dat beter uitkomt, kunnen worden geholpen.

Ook maken de zorgverzekeraars steeds vaker gebruik van kleine, gespecialiseerde behandelcentra (bijvoorbeeld op het terrein van oogheelkunde) die verzekerden snel, goed en doelmatig kunnen behandelen.

Daarnaast hebben de meeste zorgverzekeraars zorgbemiddelingservices voor hun verzekerden in het leven geroepen waar verzekerden gebruik van kunnen maken. Als bij een zorgverlener sprake is van een lange wachttijd kan de verzekerde gebruik maken van deze service. De zorgverzekeraar zorgt er dan voor dat een verzekerde door een andere zorginstelling wordt geholpen.

Het kabinet is van mening dat dit soort initiatieven zowel zorginstellingen als zorgverzekeraars scherp houden om te zorgen voor een zorgaanbod dat beter tegemoet komt aan de wensen van alle verzekerden. Dergelijke initiatieven zie ik niet als voorkruipzorg. Partijen maken op een goede manier gebruik van de mogelijkheden in het zorgstelsel. Het kabinet wijst deze ontwikkelingen dus niet af. In tegendeel. Het is een goede zaak dat dergelijke ontwikkelingen nu een kans krijgen. Uiteindelijk profiteren verzekerden hiervan.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over nieuwe normen voor ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen zonder instemming van de stuurgroep.*

In het door de sector vastgestelde Kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT worden cliënten gescreend op 'onbedoeld gewichtsverlies'. De stuurgroep ondervoeding noemt dit acute ondervoeding; een andere vorm is de chronische ondervoeding (met een BMI  $\leq$  20). Deze vorm wordt onder andere bij de Landelijke Prevalentiemeting (LPZ) in kaart gebracht. Bij de indicatoren verantwoorde zorg hanteren we dus al gebruikte indicatoren (ook door de stuurgroep ondervoeding).

Op basis van de uitkomsten van de resultaten van de meting van de kwaliteitsindicatoren (het kwaliteitskader verantwoorde zorg) zullen de indicatoren door de Stuurgroep Verantwoorde Zorg VVT geëvalueerd gaan worden. Bij de evaluatie van de indicator over de voedingstoestand zal ook gebruik worden gemaakt van de expertise van de stuurgroep ondervoeding.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over grootschalig onderzoek naar mishandeling en ongelukken in de gehandicaptenzorg.*

Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat elke situatie van mishandeling in de gehandicaptenzorg er één te veel is.

Ik heb u van de zomer, naar aanleiding van de nare situatie bij Tragel, al bericht over de gesprekken die ik hierover met VGN en Platform VG heb gevoerd. Deze kunnen zich vinden in deze aanpak.

Ten eerste is hier Zorg voor Beter van belang, en zeker het traject 'Maatregelen op Maat': hoe ga ik om met ingrepen in iemands eigen levenssfeer, ben ik me er bewust van wanneer ik dat doe. Daarnaast zijn de inspanningen van alle partijen (en zeker ook de VGN) gericht op preventie van seksueel misbruik van belang. De VGN houdt deze in het licht van deze discussie nog eens kritisch tegen het licht. Tot slot heb ik met Movisie gekeken in hoeverre hun plan om op lokaal niveau ouderen mishandeling aan te pakken ook benut kan worden om mishandeling van mensen met een verstandelijke beperking te voorkomen. Daar lijken alle mogelijkheden toe. Komende week bespreek ik de uitwerking met Movisie en cliëntenorganisaties. Een onderzoek zoals mevrouw Leijten wenst, vind ik in dit licht niet nodig.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over waar cliënten terecht kunnen met zorgen en klachten.*

Mevrouw Leijten vraagt naar wie cliënten of hun ouders in de langdurige zorg toe kunnen als zij zich zorgen maken over ontwikkelingen in hun instelling. In beginsel is dat die instelling zelf. Problemen en zorgen moeten in eerste instantie besproken worden met degene die deze direct kunnen wegnemen en beïnvloeden: de zorgverlener of het management. Om de drempel die een dergelijke stap voor veel cliënten is te verlagen, wil ik bereiken dat iedere zorgaanbieder beschikt over een klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon. Juist in die fase gaat het erom dat er een gesprek op gang komt tussen cliënt of vertegenwoordiger en instelling, en een klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon kan daar op informele wijze de rol van intermediair in vervullen. Gaat het om meer collectief gedragen zorgen in die instellingen dan speelt de cliëntenraad daar een belangrijke rol in. Met onze voorstellen over de 7 rechten van de cliënt wordt ook hun positie versterkt.

Gaat het om een feitelijke klacht dan geldt daarvoor de (onafhankelijke) klachtenprocedure. In het debat van twee weken terug met uw kamer hebben we uitgebreid van gedachte gewisseld over de (nieuwe) vormgeving van deze procedure. Uiteraard kunnen ouders of cliënten die zich zorgen maken om de kwaliteit van zorg binnen een instelling ook een melding doen bij het IGZ-loket.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over aanwijzing zorgzwaartebekostiging aan de NZa.*

Het is noodzakelijk dat alle betrokken partijen zo spoedig mogelijk duidelijkheid krijgen over de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Ook uit vragen van de Tweede Kamer heb ik afgeleid dat ook u dat van belang vindt.

Op 27 oktober jl. heb ik u mijn inbreng gestuurd op het schriftelijk overleg over diverse aspecten van de invoering van zorgzwaartebekostiging. De aard van de vragen vanuit uw kamer was zodanig dat deze vragen naar mijn mening geen bezwaren opleverden voor het uitvoeren van de voornemens zoals deze in de voorhangbrief invoering zorgzwaartebekostiging (Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 26 631, nr. 273) waren geformuleerd. De voorhangbrief dateerde van 22 september, waarmee de aanwijzing meer dan een maand na de voorhang aan de NZa is verstuurd.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over kleinschalig wonen.*

De aan u toegezegde brief, in vervolg op de motie Kant over dit onderwerp, kunt u voor het eind van het jaar verwachten. In deze brief zal ik verder ingaan op de het plan van aanpak en in dat kader op de regeling voor de stimulering van kleinschalig wonen. Er vindt de komende weken overleg plaats met de NZa over de vormgeving van een beleidsregel voor het stimuleren van kleinschalig wonen. Er vindt daarbij afstemming plaats tussen de nieuwe beleidsregel en de

beleidsregels die nu al beschikbaar zijn voor de financiering van kleinschalig wonen. Het streven is erop gericht om begin 2009 een regeling operationeel te hebben.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over de reactie op de actie "Ik doe wat ik kan".*

Voor zover wij hebben kunnen nagaan betreft de actie "ik doe wat ik kan" een internetactie waar mensen gevraagd wordt kenbaar te maken in hoeverre zij zich zorgen maken over de zorg. Het is aldus de website een actie van de "Zorgenmakers". Ik heb geen idee wie of wat daar achter zit. Maar op zich zelf is het goed als mensen actie ondernemen om hun betrokkenheid met de zorg te uiten. Het is gezien de onduidelijke achtergrond echter moeilijk om te duiden wat precies de betekenis is van deze actie, maar uiteraard is dit ook een signaal, dat ik zeker niet wil bagatelliseren.

*Vraag van mevrouw Leijten over kosten voor wassen van kleding en maaltijden.*

Er is geen sprake van een tweedeling. In het kader van de zorgzwaartepakketten zijn de pakketten in de diverse instellingen geharmoniseerd. Dat heeft ook betrekking op de kosten als de onderhavige.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over het nog steeds niet op orde zijn van het CAK.*

Met de brief van 3 oktober 2008 (Kamerstukken II 2008/09, 29 689, nr. 224, is de stand van zaken met betrekking tot het CAK uiteengezet. Verder is in die brief de kabinetsreactie op het onderzoek naar Berenschot B.V. weergegeven. Zoals daarin is aangegeven, is er vooruitgang geboekt, maar is er nog altijd sprake van een aantal problemen. Een deel daarvan wordt veroorzaakt door problemen in de keten. Het CAK is de laatste schakel in de keten en het prestatievermogen van de zwakste schakel bepaalt mede de administratieve kracht van het CAK. In de brief is in dat verband aangekondigd dat onder regie van VWS de ketenproblematiek wordt aangepakt. Tevens wordt uitvoering gegeven aan een verbeterplan van de interne organisatie van het CAK. Zo is inmiddels de telefonische beantwoordingscapaciteit verder versterkt en is het speciale team voor 'moeilijke gevallen' aanmerkelijk uitgebreid.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over de reactie van het kabinet op het rapport van de CG-raad en NPCF.*

Het onderzoek geeft een eenzijdig beeld waarin de premiedaling doordat het invoeren van een eigen betaling niet is meegenomen.

Het onderzoek vergelijkt de situatie in 2004 met 2007. Zoals ook in het onderzoek staat beschreven wordt de verdubbeling van eigen bijdragen voor een groot deel veroorzaakt door de invoering van de no-claim in 2005 (in 2008 vervangen door het verplicht eigen risico). Door invoering van een eigen betaling daalt de premie omdat een deel van de zorgkosten nu uit eigen betalingen wordt gefinancierd. Deze daling van premie is dus niet meegenomen in de berekeningen.

Daarnaast is het gemiddelde bedrag aan eigen betalingen in verband met de no-claim (en in 2008 het verplicht eigen risico) verwerkt in de vaststelling van de zorgtoeslag. Verzekerden die in aanmerking komen voor zorgtoeslag krijgen dus een compensatie voor de gemiddelde eigen betaling (no-claim of eigen risico).

Zoals hierboven beschreven is in 2008 de no-claim teruggave regeling vervangen door een verplicht eigen risico. Door deze omzetting worden de eigen betalingen in de Zvw verlaagd. Daarnaast krijgen verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten vanaf 2008 een tegemoetkoming voor het verplicht eigen risico (van € 47).

De in het onderzoek genoemde verdubbeling heeft dus voor het grootste deel betrekking op de Zvw. De eigen betalingen in het kader van de AWBZ zijn nagenoeg gelijk gebleven (1 ¼ miljard). Uit ander (internationaal) onderzoek (van SEO) blijkt dat Nederland het meest risicosolidair is in vergelijking met andere vergelijkbare landen. Door allerlei vangnetten is ervoor gezorgd dat het verschil in totale zorgkosten tussen gezonde verzekerden en thuiswonende zieken in Nederland laag is. In andere landen betalen zieken vaak veel meer.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over kwaliteitsnormen voor de zorgaanbod.*

De Wet toelating zorginstellingen stelt eisen aan de bestuurlijke inrichting van een zorgaanbieder; de Kwaliteitswet zorginstellingen ziet op de kwaliteit van de zorg. Beoordeling van de kwaliteit van zorg geschiedt dan ook op basis van de Kwaliteitswet en niet op basis van de Wet toelating zorginstellingen. Een aanbieder die bedrijfsmatig zorg - bijvoorbeeld thuiszorg - verleent, moet voldoen aan de eisen van de Kwaliteitswet. Dezelfde verplichting geldt op basis van de Wet BIG (art. 40) voor een zorgverlener die in zijn eentje optreedt. Wijziging van de Wet toelating zorginstellingen is derhalve hier niet op zijn plaats.

Tussenpersonen die zelf geen zorg verlenen en evenmin een contract sluiten met een verzekeraar of zorgkantoor, maar alleen bemiddelen tussen cliënten en zelfstandige zorgverleners, vallen niet onder de Kwaliteitswet. Zij bieden immers zelf geen zorg aan. Dat neemt overigens niet weg dat de gecontracteerde zorgverlener zelf wel valt onder de werking van de Kwaliteitswet en de Wet BIG. Een uitbreiding van de reikwijdte van de WTZi of de Kwaliteitswet voegt op dat punt dus niets toe, aangezien het niet gaat om feitelijke zorgverlening.

*Vraag van mevrouw Leijten (SP) over fors bezuinigen op bureaucratie.*

Zoals ik ook in mijn Kabinetsreactie op het SER-advies heb laten weten d.d. 13 juni jl. hecht ik eraan dat ook onnodige bureaucratie wordt voorkomen. Voorkomen moet immers worden dat professionals en cliënten zo beperkt mogelijk worden belast met administratieve vraagstukken en dat de aandacht blijft uitgaan naar het voorzien in de zorgbehoeften. In vorengenoemde Kabinetsreactie heb ik de lijnen beschreven waarlangs ik de bureaucratie wil verminderen. Zo zet ik stappen om de indicatiestelling vergaand te vereenvoudigen, waardoor de bureaucratie bij het CIZ afneemt. Voorts bevorder ik dat kwaliteitsnormen transparant worden en op termijn richtinggevend zijn bij de zorginkoop. Verzekeraars kunnen instellingen daardoor niet langer verplichten in het kader van kwaliteit méér te doen dan die kwaliteitskaders. HKZ-certificering is in de care dan ook niet verplicht meer. Daarnaast zet ik stappen om ook voor het extramurale domein op termijn te komen met clientgebonden pakketten. Voorts heb ik ook in het VWS programma vermindering Regeldruk aangegeven dat o.a. het verder stroomlijnen van indicatieprocessen voor meervoudige aanvragen en het verhelderen van de communicatie (w.o. een heldere site als Regelhulp) hierin voorzien, naast het afschaffen van het bouwregiem en het afschaffen van de kaderregeling AO/IC.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over de Evaluatie Preventieprogramma's*

Er kan onderscheid gemaakt worden naar landelijke en lokale preventieprogramma's. Op landelijk niveau kan dan gedacht worden aan het Rijksvaccinatieprogramma en screeningsprogramma's die naar aanleiding van advies van de Gezondheidsraad tot stand gekomen zijn en evidencebased en kosteneffectief bevonden zijn. Daarnaast is er bij ZonMw een groot preventieprogramma met verschillende onderdelen, die zich veelal op onderzoek maar ook op

implementatie richten. Deze programma's worden systematisch, zowel tussentijds als na afloop, geëvalueerd. Deze worden weer gepubliceerd op [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)

Op lokaal niveau zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van het preventiebeleid als onderdeel van de preventiecyclus. Onderdeel van deze preventiecyclus is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de uitvoering van dit lokale beleid toetst. Uit het inspectierapport uit 2005 bleek dat op lokaal niveau nog verbeteringen mogelijk en noodzakelijk zijn. De Inspectie concludeerde dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van bewezen effectieve maatregelen. In 2010 zal de Inspectie met een nieuw rapport komen over de stand van zaken over de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid.

Om meer duidelijkheid te creëren in het aanbod op het gebied van preventieprogramma's heeft het ministerie van VWS het Centrum Gezond Leven (CGL) bij het RIVM opgericht in 2007. Het CGL is een samenwerkingsverband van het RIVM en gezondheidsbevorderende organisaties. Het CGL beoordeelt interventies op effectiviteit en verspreidt deze informatie.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over Sta-op-stoel in Wmo.*

De stoel met uitsluitend de sta-op-functie is uit het basispakket verwijderd omdat een dergelijke stoel in principe niet duurder hoeft te zijn dan een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen die ook voor andere burgers voor eigen rekening komen. Nu er geen sprake is van meerkosten, zie ik eveneens geen reden voor een vergoeding uit de Wmo.

*Vraag van mevrouw Smilde (CDA) over Innovatie.*

Innovatie is essentieel om de toekomstige uitdagingen voor de zorg – groter beroep op zorg door vergrijzing en chronische ziekten en potentiële arbeidsmarkttekorten – aan te kunnen. Ik zet samen met de Staatssecretaris daarom fors in op innovatie. Wij hebben daartoe in het afgelopen jaar het ZorgInnovatiePlatform (ZIP) in het leven geroepen. Innoveren doen zorgaanbieders, verzekeraars, kennisinstellingen en bedrijfsleven zelf. Met het ZIP versterken we de innovatiekracht door ondermeer goede innovaties actief te verspreiden, (financiële) prikkels in te voeren en belemmeringen op te sporen en aan te pakken.

In haar eerste half jaar heeft het ZIP met hulp van andere partijen belemmeringen opgespoord en zal dat blijven doen. Voorbeelden van belemmeringen zijn:

- een onvoldoende ontwikkeld ondernemerschap bij veel zorgaanbieders;
- de baten van innovaties niet (geheel) terecht komen bij de 'uitvinder';
- verkokering van de zorgsector tussen eerste en tweedelijns zorg en tussen de echalons;
- weinig doorstroom van ideeengeneratie en onderzoek naar toepassing, valorisatie en opschaling;
- versnippering in en deling van kennis en onderzoek, weinig netwerkvorming;
- nog te weinig affiniteit met de mogelijkheden van ICT en Technologie

Zoals gezegd, het ZIP gaat verder met haar inventarisatie, agendeert dit markt- en systeemfalen en pakt dat waar mogelijk actief aan.

Eén van de manieren waarop het ZIP dat gaat realiseren is het ontwikkelen van experimenten op nieuwe zorgconcepten of nieuwe manieren van organiseren van (keten)zorg. Met experimenten kunnen geschetste markt- en systeemfalen aan het licht komen, worden wet- en regelgeving mogelijk tijdelijk buiten spel gezet en getoond worden hoe de zorg ook georganiseerd kan worden. Nog dit jaar zal het ZIP starten met vier zulke experimenten. Zo zal er in Groningen gestart worden met een experiment met zorg op afstand apparatuur voor patiënten met hartfalen. Deze patiënten kunnen – in plaats van in het ziekenhuis te verblijven ofwel periodiek voor controle naar het ziekenhuis te moeten – op afstand met apparatuur gemonitord worden. Dit maakt de zorg kwalitatief een stuk aantrekkelijker: zowel voor de patiënt, die niet telkens naar het ziekenhuis hoeft voor controle – als voor de arts, die continu in de gaten kan houden of

het goed met de patiënt gaat. Daarbij kan het kosten van onnodige consulten terugdringen en kunnen heropnames teruggedrongen worden.

Ook zijn we bijvoorbeeld met het NHG in gesprek over een experiment met een ICT-kennisdiseasemanagement systeem dat huisartsen goed kan ondersteunen in de dagelijkse werkzaamheden. Huisartsen kunnen met dit ICT-systeem tijdens het consult automatisch waarschuwings-berichten ontvangen op basis van de richtlijnen en protocollen. Dit om de patiëntveiligheid te verbeteren. Daarbij voorziet het systeem de huisarts ook in een mogelijkheid om via het eigen ICT-systeem een specialist te raadplegen. De schotten tussen de eerste en de tweede lijn kunnen zo door middel van ICT wellicht doorbroken worden.

Een financieel instrumentarium om innovatie een impuls te geven, naast experimenten, is ook in ontwikkeling en naar verwachting in de eerste helft van 2009 beschikbaar. VWS en het ZIP zullen niet inzetten op ouderwetse subsidiering van initiatieven. Daartegen vertaalt ze bestaand EZ-instrumentarium naar de zorgsector. Ten eerste kan gedacht worden aan innovatievouchers: relatief kleine bedragen voor zorgondernemers waarmee bijvoorbeeld een businessplan kan worden uitgewerkt of een marktonderzoek kan worden gedaan. Daarnaast wordt de mogelijkheid van een voorinvesteringfonds onderzocht, waarmee zorgondernemers grotere financiële middelen kunnen lenen, als ze moeite hebben dat bij reguliere bancaire instellingen te bemachtigen. Dit instrumentarium kan ook een alternatief zijn voor de revalidatiegeneeskunde.

*Vraag van de heer Zijlstra (VVD) over de afschaffing numerus fixus.*

Met mijn ambtgenoot van OCW constateer ik dat de belangstelling voor de opleiding geneeskunde bijzonder groot is. De aanmelding voor de opleiding is ruim twee keer zo hoog als het aantal plaatsen. De numerus fixus is een besluit dat primair onder de verantwoordelijkheid van mijn collega valt. De kosten die gepaard gaan met de medische opleidingen zijn hoog. Het opheffen van de numerus fixus zou direct een enorme druk bij de belastingbetaler leggen om al deze enthousiaste studenten geneeskunde te laten studeren. Het opheffen van de numerus fixus vereist ook meer dan een verdubbeling van de capaciteit bij de medische faculteiten, waar ik, met mijn collega van OCW, op dit moment een voorbehoud voor moet maken. Ik geef daar nog de volgende beschouwing bij: Als we jaarlijks 6.400 studenten laten beginnen met de opleiding, correspondeert dat aanbod in de toekomst niet meer met de zorgvraag en zal dit leiden tot werkloze artsen en/of een te groot zorgaanbod. Artsen die deze kostbare opleiding hebben gevolgd zullen na vijf jaar hun titel verliezen en het vak niet meer mogen uitoefenen. Die kapitaalvernietiging wil ik vermijden. Mensen met een (andere) opleiding zijn hard nodig op de arbeidsmarkt, ook in andere sectoren.

In het voorstel over het afschaffen van de numerus fixus en de pilotenconstructie bij uitval klinkt de aanname door dat deze studenten later massaal de zorg verlaten. De uitval onder deze studenten en later de huisartsen en medisch specialisten is relatief gezien niet zo hoog. Ik verwacht daarom niet van een maatregel zoals u deze voorstelt, een grootscheeps corrigerend effect heeft om uitval te voorkomen en een betere kosten /baten verhouding dan nu geeft. Het zal wel direct leiden tot een enorme kostenstijging door de verdubbeling van het aantal studenten en ook de administratieve lasten zullen direct stijgen. Terugbetalen van een opleiding, waar veel meer mensen in afstuderen dan nodig, is op zich ook al weer geen perspectiefrijke start voor beginners met zo'n studie. Het regelen van voldoende stage en scholingsplaatsen in de reguliere zorg, hetgeen nu al soms moeilijk is, zal verder onder druk komen.

*Vraag van de heer Zijlstra (VVD) over het van stopzetten van vaccinonderzoek NVI.*

Ik heb in het AO Infectieziekten in april jl. toegezegd u te informeren over de uitkomsten van mijn herbezinning op het Nederlands Vaccin Instituut (NVI). Wanneer de resultaten hiervan



bekend zijn informeer ik u daarover en zal daarbij aangeven welke rol ik zie voor het instituut in Research & Development op het gebied van vaccins.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over het mogelijk achteraf herstellen van een pakketmaatregel zoals dat eerder bij de somatische patiënten uit de AWBZ is gebeurd*

Los van deze opmerking acht ik het van groot belang dat de inspanningen die worden gepleegd om van de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang een succes te maken, niet negatief worden beïnvloed door de nu voorziene maatregelen in het kader van de AWBZ. Ik investeer fors in 'Beschermd en Weerbaar' mijn beleid voor geweld in afhankelijkheidsrelaties, waar het verbeterplan vrouwenopvang een onderdeel van is. Ook ondersteun ik van harte de uitvoering van de Stedelijke Kompassen.

Voor het schrappen van de grondslag psychosociaal uit de AWBZ worden gemeenten volledig gecompenseerd. Daarnaast heb ik in mijn brief van gisteren over de pakketmaatregelen benadrukt dat, in het algemeen, voorkomen moet worden dat verwaarlozing optreedt of dat er geen ander alternatief is dan opname. Daarmee geef ik aan dat op deze manier de begeleiding voor de kwetsbaarste groepen vergoed blijft, omdat voor hen begeleiding het verschil kan maken tussen een geïsoleerd en menswaardig bestaan. De beleidsregels worden zo vormgegeven dat mijn beleid niet tot onbedoelde effecten leidt.

In combinatie met het monitoren van de effecten van de maatregel ga ik ervan uit dat daarmee ook mijn beleid Stedelijke Kompassen en rond Beschermd en Weerbaar blijft staan.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over Innovatie.*

Innovatie is essentieel om de toekomstige uitdagingen voor de zorg – groter beroep op zorg door vergrijzing en chronische ziekten en potentiële arbeidsmarkttekorten – aan te kunnen. Ik zet samen met de Minister daarom fors in op innovatie, ook in de care. Wij hebben daartoe in het afgelopen jaar het ZorgInnovatiePlatform (ZIP) in het leven geroepen. Innoveren doen zorgprofessionals, zorginstellingen, kennisinstellingen en bedrijfsleven zelf. Met het ZIP versterken we de innovatiekracht van de gehele zorg door ondermeer goede innovaties en nieuwe zorgconcepten actief te verspreiden, experimenten te starten, nieuwe financiële prikkels in te voeren en markt- en systeemfalen op te sporen.

Tegelijkertijd is het mij en het ZIP inmiddels duidelijk geworden dat innovatie nog vaak wordt geassocieerd met technologische en medische doorbraken. Innovatie in de V&V zit vaak veel meer op kleine verbeteringen in de dagelijkse organisatie en in de zorg voor de patiënt. Denk hierbij aan betere roosters, ondersteunende arbeidsbesparende technologieën en projecten in kader van zorg op afstand, zoals u zelf noemde. Met het ZIP zal ik de komende tijd daarom inzetten op maatwerk voor de V&V. Daarbij moet worden aangetekend dat uiteraard in de langdurige zorg reeds innovatieve programma's lopen waarbij aangesloten wordt, zoals het Transitieprogramma in de Langdurige Zorg (TPLZ). In dat kader worden reeds 26 experimenten met innovatieve zorgconcepten uitgevoerd. Het ZIP start, in aansluiting hierop, ook zelf nog dit jaar met in ieder geval één experiment in de care; meer zullen de komende jaren volgen.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over ruimte voor medewerkers in de zorg om de cliënt centraal te zetten.*

Wij geven medewerkers meer ruimte om de cliënt centraal te zetten door bureaucratie zoals rond indiceren en minutenregistratie te beperken. Er zijn pilots gestart om de indicatiestelling te

vereenvoudigen. Over de resultaten daarvan heb ik u eerder geïnformeerd. Geslaagde pilots zullen breder worden ingevoerd. Een goed voorbeeld hiervan is de mogelijkheid dat de zorgverlener/professional een indicatie-advies opstellen en deze digitaal aanleveren bij het CIZ. Het CIZ zet het indicatieadvies dan – na controle - om in een indicatiebesluit. Verder stimuleren wij de dialoog op de werkvloer met cliënten en ruimte voor reflectie om juist vanuit het dagelijks werk tot verbeteringen te komen. Dat is in de brief 'Zorg voor ouderen; om de kwaliteit van het bestaan' van 31 mei 2007 en onze brieven over het arbeidsmarktbeleid ook aangekondigd. Wij stimuleren die dialoog onder meer door financiering van het programma 'het goede gesprek van Vilans. Daar zijn al meer dan veertig goede voorbeelden verzameld, die begin 2009 op een website voor instellingen en verzorgenden beschikbaar komen. In de loop van 2009 volgt een aanbod aan instellingen voor hulp om dergelijke voorbeelden ook in eigen huis te realiseren.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over een uitvoeringstoets voor de eigen bijdrage voor begeleiding*

Voor de eigen bijdrage begeleiding heb ik al aan het CAK gevraagd naar de uitvoeringsgevolgen van deze maatregel voor de organisatie van het CAK. Daaronder valt ook dat het CAK de uitvoeringskosten in kaart brengt. Op basis van de uitkomsten daarvan kan bezien worden of de opbrengst van de maatregel hoger is dan de inningskosten.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over een verplichte keuring voor medische hulpmiddelen.*

Mij is niet duidelijk op welke toezegging wordt gedoeld. Ik ben ook niet voornemens met een wetsvoorstel hierover te komen. Over het toezicht op medische hulpmiddelen in instellingen kan ik het volgende zeggen:

Allereerst zijn er wettelijke eisen waaraan een medisch hulpmiddel moet voldoen voordat het op de markt wordt gebracht. De beoordeling of aan deze eisen wordt voldaan gebeurt door een zogenaamde Aangemelde Instantie (in Nederland is dit KEMA). Deze organisatie staat onder direct toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Bij toezicht op de toepassing van medische hulpmiddelen in instellingen gaat de Inspectie uit van de principes zoals verwoord in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze houden in dat de Raden van Bestuur van zorginstellingen verantwoordelijk zijn voor het leveren van verantwoorde zorg en voor het scheppen van voorwaarden die het leveren van verantwoorde zorg mogelijk maken. Ook als het gaat om de functionele staat van de apparatuur en daarmee het doen uitvoeren van onderhoud ligt de verantwoordelijkheid bij de Raden van Bestuur van de zorginstellingen, die hierbij hun diensten zoals de Instrumentele Dienst inzetten. De Inspectie houdt op haar beurt toezicht op het interne kwaliteitstoezicht van de Raden van Bestuur. Zij doet dit via haar instrumentarium van reactief en proactief toezicht. Reactief via onderzoek naar aanleiding van meldingen en calamiteiten en pro-actief via haar indicatorenbeleid en thematisch toezicht. Veilige toepassing van medische apparatuur in instellingen vind ik belangrijk. De Inspectie heeft vorige week haar jaarlijkse rapportage Staat van de Gezondheidszorg gewijd aan de risico's van medische technologie. In mijn reactie op dit rapport, die ik voor 1 maart 2009 aan de Kamer zal sturen, zal ik op dit onderwerp terugkomen.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over veiligheid van kwetsbare mensen in de samenleving.*

Mevrouw van Miltenburg acht het nodig, dat een onderzoek naar het probleem van de veiligheid van oudere en gehandicapte mensen wordt ingesteld. Zij vraagt om een kabinetsbreed plan voor de veiligheid van kwetsbare mensen in onze samenleving. Het thema veiligheid is primair de

verantwoordelijkheid van de minister van BZK. Ik zal haar vraag aan de minister van BZK overbrengen.

*Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over innovatie in de AWBZ*

In alle instellingen dient de zorg, ondersteuning en bejegening voor iedereen gelijk te zijn. Er moet rekening gehouden worden met ieders persoonlijke achtergrond; of dat nu gaat om religie, culturele achtergrond of seksuele geaardheid. Alle betrokkenen rond de zorg (bijvoorbeeld zorgprofessionals) dienen cliënten op een goede en positieve manier tegemoet te treden. Het kan en mag niet zo zijn dat bijvoorbeeld homoseksuele cliënten zich niet op hun gemak voelen en zich achtergesteld voelen. Niet voor niets is daarom in de kwaliteitskaders verantwoorde zorg het aspect 'bejegening' opgenomen, meer specifiek in het meetinstrumentarium cliëntervaringen. De uitkomsten van deze metingen geven een indicatie over de manier waarop met cliënten wordt omgegaan. De resultaten zal met alle betrokken partijen, waaronder beroepsbeoefenaren en ActiZ worden besproken; waar nodig worden verbeteringen getroffen.

Daarnaast heeft VWS met het ministerie van VROM middelen beschikbaar gesteld om uitvoering te geven aan 'Roze ouderen in Nederland', een project van ANBO, COC Nederland, Schorer en Movisie Lesbisch en Homobeleid. Dit project - dat momenteel nog loopt - is erop gericht de situatie in wonen, zorg en welzijn voor homoseksuele ouderen te verbeteren. Ik heb uw Kamer reeds toegezegd dat ik over de uitkomsten van het project met bovengenoemde partijen in gesprek ga.

*Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) over het ontbreken van beherend apothekers*

De IGZ heeft in juni van dit jaar signalen ontvangen dat er in sommige apotheken geen beherend (in termen van de Geneesmiddelenwet: gevestigd) apotheker zou zijn. Naar aanleiding van die signalen heeft de IGZ een check uitgevoerd op het register waarin gevestigd apothekers staan ingeschreven. Bij die check zijn 11 gevallen aangetroffen van een apotheek zonder een ingeschreven gevestigde apotheker. Deze apotheken zijn benaderd. Het is duidelijk gemaakt dat dit niet kan. Inmiddels is in de meeste gevallen een oplossing gevonden. In enkele gevallen is dat nog niet zo. Daaronder is één geval van een apotheek die binnenkort zijn werkzaamheden zal beëindigen en waarvoor geen nieuwe gevestigde apotheker meer kan worden gevonden. In alle nog niet geregelde gevallen is tenminste voorzien in het treffen van een waarneemregeling. Voor die gevallen heeft de IGZ tevens een handhavingsplan opgesteld. Aan de betreffende apotheken is door de IGZ een termijn gesteld waarbinnen de problemen definitief moeten zijn opgelost. De IGZ heeft aangekondigd te zullen overgaan tot sluiting van de betreffende apotheken als daaraan niet wordt voldaan.

*Vraag van de heer Van der Veen (PvdA) over de beantwoording van de kamervragen over Strattera.*

De antwoorden op de vragen zult u binnenkort ontvangen.

*Vraag van mevrouw Wolbert (PvdA) over onderzoek naar fraude met de pgb's en naar de handel en wandel van pgb bemiddelingsbureaus*

In juni heeft VWS het CVZ gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de activiteiten en kwaliteit van pgb-bemiddelingsbureaus. Doel van het onderzoek is meer zicht te krijgen op de rol die bemiddelingsbureaus spelen in de hele 'pgb-keten', van indicatiestelling tot en met verantwoording. Uit het onderzoek moet blijken wat de intenties zijn van deze bureaus, hoe zij aan hun klanten komen, of ze een rol spelen bij het adviseren of ondersteunen bij de aanvraag van een pgb en de indicatiestelling en of ze zelf zorg verlenen aan budgethouders. Ook willen we weten of bemiddelingsbureaus ondersteunen bij het voeren van de pgb-administratie en verantwoording en/of bemiddelingsbureaus zelf het budget ontvangen en daaruit betalingen doen.

CVZ heeft het bureau Research voor Beleid opdracht gegeven dit onderzoek uit te voeren. Het eindrapport wordt in januari verwacht. Op basis van het rapport kan worden gezien welke acties nodig zijn om eventuele ongewenste praktijken tegen te gaan.

Gelijktijdig met het onderzoek naar pgb bemiddelingsbureaus werken budgethoudersvereniging Per Saldo en stichting de Ombudsman aan een keurmerk voor pgb-bureaus. Dit keurmerk heeft als doel de budgethouder inzicht te geven in de kwaliteit van de pgb-bureaus.

Door VWS wordt geen specifiek onderzoek uitgevoerd naar fraude met pgb's. Dit is een taak van de zorgkantoren en de toezichthouder (NZa). Wel is onlangs overleg geweest met de NZa en het CVZ over mogelijke aanpassingen in de regelgeving voor 2009 om misbruik van het pgb tegen te gaan. Daarnaast heeft de NZa een voorstel gedaan tot aanscherping van het controleprotocol voor de controle van budgethouders door zorgkantoren.

*Vraag van mevrouw Wolbert (PvdA) over de toekomst van het pgb*

Zoals aangegeven in de begroting komt er een plan van aanpak dat aangeeft welke keuzes er gemaakt moeten worden en wat er concreet moet gebeuren om het pgb wettelijk te verankeren. Hiervoor is onder andere van belang dat er duidelijkheid komt of één financiële ruimte in de AWBZ voor zorg in natura en pgb's gezamenlijk mogelijk en wenselijk is. De NZa brengt daarover een uitvoeringstoets uit. Mijn bedoeling is op deze wijze het pgb toekomstbestendig te maken en rijp voor een volgende fase waarin sprake zal zijn van een zuiver pgb, zoals mevrouw Wolbert dat noemt, waarin geen ruimte meer zal zijn voor negatieve effecten van bemiddelingsbureaus, eventuele fraude zoveel mogelijk wordt voorkomen en er geen prikkels meer zullen zijn voor aanbieders die, als zij aan hun natura-plafond zitten, klanten die daar niet voor kiezen, een pgb aan praten.

*Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over verkokering van de gezondheidszorg*

Verkokering is een ongewenste ontwikkeling. Een goed voorbeeld om deze ontwikkeling om te buigen, is mijn aanpak van chronische ziekten. In mijn brief van 13 juni aan de Kamer heb ik mijn beleid uiteengezet. In hoofdlijn betekent dit het ontwikkelen, experimenteren en implementeren van zorgstandaarden voor de chronische aandoeningen: diabetes, hartfalen, cardiovasculair risico management, COPD, depressie en kanker. Deze functioneel omschreven zorgstandaarden geven aan waar goede zorg voor een specifieke aandoening tenminste aan moet voldoen, gezien vanuit patiëntenperspectief. Het bekostigingsstelsel zal daarop worden aangepast. Een zorgstandaard kan, aan de hand van de specifieke zorgvraag van de patiënt, worden vertaald in een individueel behandelplan. Zo kan ook het benodigde maatwerk worden geleverd aan patiënten met meerdere aandoeningen. Van verkokering zal geen sprake kunnen zijn omdat een multidisciplinair zorgteam samen met de patiënt het behandelplan zal uitvoeren.

*Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over arbeidsrehabilitatie en re-integratie bij verslaafden*

Alle instellingen voor verslavingszorg hebben een uitgebreid aanbod voor rehabilitatie en integratie: het aanleren van woonvaardigheden, arbeidstoeleiding, scholing, budgettering e.d. vormen onderdelen van de behandeling. Na de eigenlijke behandeling van de verslaving kunnen cliënten meestal nog een periode begeleid wonen via de zorginstelling. Als zelfstandig wonen gezien de gezondheid en psychiatrische klachten geen optie (meer) is, zijn er beschermde woonvormen voor (ex)verslaafden. Veel instellingen hebben eigen mogelijkheden om werkervaring op te doen, bijvoorbeeld via (zorg)boerderij, hoveniersbedrijf, drukkerij of hebben contacten met re-integratiebedrijven. Ook werken instellingen voor verslavingszorg nauw samen met de centrumgemeenten die in het kader van de WMO verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke zorg voor verslaafden en voor huisvesting van 'moeilijke' doelgroepen. Overigens deel ik uw mening niet dat 'hopeloze gevallen' worden 'weggeorganiseerd' in gebruikersruimten, heroïne- en methadonprojecten. Gebruikersruimten zijn voor een zeer moeilijke groep vaak het enige contact met de hulpverlening en een opstap naar zorg. De begeleiding en medische zorg in de heroïnebehandeling is van hoog niveau en leidt ertoe dat de gezondheid van de patiënten weer vergelijkbaar wordt met die van een gemiddelde Nederlander. Om ook de medische zorg voor de methadon patiënten op een vergelijkbaar niveau te brengen investeer ik hierin dit jaar € 7,5 miljoen en vanaf 2009 € 15 miljoen structureel per jaar.

*Vragen van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en de heer Van Gerven (SP) over slaap- en kalmeringsmiddelen*

Er zijn de laatste jaren al meerdere interventies ontwikkeld om het chronisch gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen terug te dringen. Deze zijn soms succesvol, soms minder, maar hebben landelijk niet tot een forse daling van het chronisch gebruik geleid. Daarom kies ik er nu toch voor om de 'zelf-betaal'-prikkel in te voeren.

Ik ben het wel eens met de conclusie van de ChristenUnie dat verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen niet alleen op te lossen is met een vergoedingsmaatregel, er zal ook flankerend beleid nodig zijn. Daar zal ik ook een bijdrage aan leveren:

- via een voorlichtingscampagne gericht op bestaande gebruikers
- door ondersteuning van de NHG bij het verspreiden van een patiëntenboekje gericht op 'goed slapen'
- het beschikbaar stellen van afbouwschema's en materialen voor farmacotherapie overleg tussen artsen en apothekers (via DGV, het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik)
- het subsidiëren van een project van Tactus om een internetbehandeling te ontwikkelen bij medicijnverslaving.

Verder hebben individuele zorgverzekeraars in het verleden, maar ook nu, (lokale) projecten opgestart om het benzodiazepinegebruik terug te dringen. Ik wil bijvoorbeeld wijzen op het recente initiatief van een verzekeraar uit het noorden van het land. Deze verzekeraar ondersteunt afbouwprogramma's van huisartsen en apothekers en daarmee de gebruikers. Ook kunnen gebruikers bij de thuiszorg terecht voor cursussen. Deze afbouwprogramma's helpen het gebruik terug te dringen.

Tenslotte hebben meerdere instellingen voor verslavingszorg inmiddels afspraken gemaakt met huisartsenpraktijken in de regio over o.a. deskundigheidsbevordering en doorverwijsbeleid. Daarnaast zoeken instellingen voor verslavingszorg samenwerking met de poli's van algemene ziekenhuizen. Een aantal ziekenhuizen, bijvoorbeeld Radboud in Nijmegen, heeft al ervaring met 'benzo-poli's'.

Op dit moment gebeurt er dus veel op het gebied van terugdringing van het chronisch gebruik. En ook in de toekomst zal mijn beleid rond verslavingszorg gericht blijven op geneesmiddelenverslaving.

*Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over het betrekken van milieuaspecten bij de preventie van (borst)kanker*

De strijd tegen kanker staat in Nederland al jaren hoog op de agenda. De overheid zet samen met vele anderen zoals patiënten en professionals, in op preventie van kanker en het verbeteren van de kwaliteit van de oncologische zorg. Het Nationaal Programma Kankerbestrijding ([www.npknet.nl](http://www.npknet.nl)) is een mooi voorbeeld van samenwerking op dit terrein. Ook hebben we in Nederland succesvolle screeningsprogramma's als bevolkingsonderzoeken op baarmoederhals- en borstkanker en zetten we in op leefstijlbeïnvloeding op het gebied van gezond leven: minder roken, meer bewegen en gezond eten.

Het Europees Parlement vraagt aandacht voor de relatie tussen milieufactoren en kanker. Ik vind dat signaal belangrijk. Het RIVM en de WHO volgen nauwlettend de uitkomsten van het wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. Kennis en inzichten op dit terrein zullen meegenomen worden bij de nationale strategie om kanker te bestrijden.

Europese lidstaten komen regelmatig bij elkaar om best practices te verzamelen en kennis respectievelijk ervaringen uit te wisselen met betrekking tot preventie, screening en de behandeling van kanker. Het onderzoek naar de effecten van milieufactoren bij het ontstaan van kanker en de mogelijke beleidsimplicaties daarvan, is hierbij een belangrijk onderwerp. Hiervoor vindt afstemming plaats met mijn collega van VROM.

*Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over ongewenste zwangerschap en abortus bij prostituees uit Zuidoost-Europa*

Ik heb geen cijfers over een toename van het aantal (zwangerschappen en) abortussen onder prostituees uit Zuidoost Europa. De verplichte abortusregistratie vraagt namelijk niet naar het land van herkomst. De vrijwillige registratie maakt dit jaar pas voor het eerst aparte cijfers bekend van vrouwen die van oorsprong afkomstig zijn uit Oost Europa, maar wonen en werken in Nederland. De rapportage wordt binnenkort gepubliceerd. Omdat het gaat om de eerste aparte registratie valt hieruit uiteraard nog geen trend waar te nemen.

In de (abortus)hulpverlening in Nederland wordt waar nodig gewerkt met tolken. Deze tolken assisteren de betreffende arts bij het gesprek dat plaatsvindt als iemand zich meldt bij de abortuskliniek. Als tijdens het gesprek een vermoeden blijkt van bijvoorbeeld gedwongen prostitutie dan wordt daar uitgebreid op ingegaan. Met goedkeuring van de betreffende vrouw wordt dan gekeken naar opvangmogelijkheden. Dit kan middels de reguliere opvang of via opvang die is gespecialiseerd in ongewenste zwangerschappen zoals FIOM en VBOK. Ook samenwerking met politie is door de abortusklinieken geregeld. In die zin is er zeker sprake van zorgvuldigheid en van de mogelijkheid tot verdere hulpverlening. Onder deze mogelijkheden valt ook de optie om een zwangerschap uit te dragen. Geen van de klinieken zal een abortus uitvoeren als de vrouw dit niet echt wil.

Prostituees kunnen bovendien gebruik maken van reguliere hulpverlening waar gemeenten verantwoordelijk voor zijn. Zo moeten ze terecht kunnen in het algemeen maatschappelijk werk. De hulpverlening moet toegankelijk zijn en toegesneden zijn op alle groepen in de gemeente. In sommige steden is er specifieke hulpverlening voor prostituees, bijvoorbeeld SHOP in Den Haag en Humanitas Prostitutie Maatschappelijk Werk in Rotterdam.

*Vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over een jaarlijkse rapportage over de bijdrage van VWS aan het behalen van de millenniumdoelstellingen*

In 2008 werd samen met Buitenlandse Zaken (Ontwikkelingssamenwerking) opgetrokken om de millenniumdoelen op het gebied van gezondheid in 2015 te bereiken. De nadruk lag hierbij op de thema's gezondheidszorgsystemen, infectieziekten, toegang tot essentiële medicijnen, intellectueel eigendom en sport en ontwikkelingssamenwerking. Ik zal u hierover te zijner tijd nader informeren.

*Vraag van mevrouw Koşer Kaya (D66) over eerder bekend maken van gegevens die het de zorgverzekeraars mogelijk maken om premies eerder te bepalen*

Het vroegste tijdstip waarop verzekeraars hun premie kunnen berekenen en bekend maken is afhankelijk van de informatie die zij van het CVZ ontvangen over de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds die zij in het komende premiejaar tegemoet kunnen zien. De uiterste datum waarop het CVZ deze informatie verstrekt is 1 oktober. Er is hier nauwelijks of geen ruimte voor versnelling omdat het CVZ voor zijn berekeningen mede afhankelijk is van de macro kostenramingen zoals die in de prinsjesdagstukken staan.

Wettelijk is het laatste tijdstip waarop verzekeraars hun premie bekend moeten maken 19 november; zes weken voor het verstrijken van het lopende premiejaar.

Op dit moment zie ik geen noodzaak om de bekendmakingsperiode te vervroegen. Een enkele verzekeraar is er heel vroeg na Prinsjesdag bij, de meeste maken de premie begin november bekend. Ca de helft van de vergunninghoudende zorgverzekeraars heeft nu zijn premie voor 2009 bekend gemaakt.

*Vraag van mevrouw Koşer Kaya (D66) over het ZorginnovatiePlatform (ZIP)*

Innovatie is essentieel om de toekomstige uitdagingen voor de zorg - groter beroep op zorg door vergrijzing en chronische ziekten en potentiële arbeidsmarkttekorten – van gepaste antwoorden te voorzien. Ik zet samen met de Staatssecretaris daarom fors in op innovatie in preventie, cure en care. Wij hebben daartoe in het afgelopen jaar aldus het ZorginnovatiePlatform (ZIP) in het leven geroepen, waarin wij zelf als respectievelijk voorzitter en vice-voorzitter zitting nemen. Hiermee laten we zien veel waarde te hechten aan de plannen en activiteiten die het ZIP ontplooit.

Innoveren is uiteraard aan de zorgprofessionals, zorginstellingen, kennisinstellingen en bedrijfsleven zelf. Met het ZIP willen wij de innovatiekracht van de gehele zorg versterken. Dit doen wij ondermeer door:

- goede innovaties en nieuwe zorgconcepten actief te verspreiden en zorginnovatoren met elkaar in contact te brengen, bijvoorbeeld door het organiseren van landelijke en regionale bijeenkomsten en onze interactieve ZIP-netwerk-website;
- markt- en systeemfalen verder te intensiveren en waar mogelijk aan te pakken;
- vanuit het ZIP een lange termijn visie op de zorg te formuleren die medio 2009 zal zijn voltooid;
- het starten van een aantal experimenten in de cure en de care om belemmeringen in innovatie verder voor het voetlicht te krijgen, om belemmeringen in wet- en regelgeving mogelijk tijdelijk buiten werking te zetten en te kunnen experimenteren met bijvoorbeeld totaal nieuwe zorgconcepten en ketenzorg. Nog dit jaar zullen in ieder geval vier experimenten worden gestart in zowel cure als care en in komende jaren volgen nog vele meer;
- niet meer in te zetten op het klassiek subsidiëren van trajecten, maar de mogelijkheden om op andere wijze financiële prikkels te geven aan innovatie te onderzoeken. In dit kader kijken

we naar een vertaling van bestaand EZ-instrumentarium voor het MKB naar de zorgsector, bijvoorbeeld innovatievouchers. Ook gaan we prijsvragen op specifieke thema's ontwikkelen. Om al deze plannen te verwezenlijken is in 2009 niet de door u gestelde 10 miljoen, maar 29 miljoen euro beschikbaar.

*Vraag van mevrouw Koser Kaya (D66) en de heer Van der Vlies (SGP) over brief over het EPD*

*Onzorgvuldige brief, niet alle burgers zijn bereikt*

Over de landelijke voorlichtingscampagne van 1 november heb ik u per brief van 5 september geïnformeerd. Bij die brief zat tevens de folder en de conceptbrief aan alle huishoudens. In het algemeen overleg over ICT in de zorg van 11 september hebben we bovendien gesproken over de start van de voorlichtingscampagne in november van dit jaar. Het versturen van de brief kan geen verrassing zijn geweest.

De brief en folder voor zorgconsumenten zijn uiteraard getest en voorgelegd aan onder andere de NPCF en de ANBO. Ze zijn herschreven door het bureau *Eenvoudig communiceren*.

De brief is verstuurd aan alle huishoudens in Nederland en geadresseerd aan 'de bewoners van dit pand'. Om de attentiewaarde van de brief en de folder te vergroten zijn rond 1 november radiospotjes uitgezonden en zijn advertenties geplaatst in huis-aan-huis bladen. De ervaring leert dat de combinatie van deze maatregelen zorgt voor het grootst mogelijke bereik.

Met de TNT zijn afspraken gemaakt over bezorging op zaterdag 1 november. Bij een mailing van een dergelijke omvang is het onvermijdelijk dat een aantal brieven te vroeg of juist te laat is bezorgd. Dit wordt geëvalueerd met de TNT.

Extra exemplaren van de brief, de folder en het bezwaarformulier zijn altijd op te vragen, via de telefoon en via de website [www.infoEPD.nl](http://www.infoEPD.nl).

*Waarom nu voorlichting over het EPD? De wet is nog niet aanvaard.*

Op dit moment zijn 87 zorgaanbieders aangesloten op het landelijk schakelpunt: dat zijn ruim 250.000 patiëntendossiers. Op basis van afspraken met zorgaanbieders en ICT-leveranciers bestaat de verwachting dat vóór 1 april 2009 nog eens 500 zorgaanbieders aansluiten op het landelijk schakelpunt. Het gaat dan om de aanmelding van ruim 2 miljoen patiëntendossiers. Als we nu niet deze mailing hadden uitgestuurd hadden we het risico gelopen dat ruim 2 miljoen mensen niet goed zouden zijn voorgelicht over het EPD.

Ik ben van mening dat álle burgers tijdig op de hoogte dienen te zijn van de komst van het EPD en dat iedereen op voorhand de mogelijkheid krijgt om bezwaar te maken tegen uitwisseling van gegevens. Daarom hebben alle huishoudens nu al een brief en een bezwaarformulier ontvangen. Gedurende de komende periode van zes weken (tot 15 december), voordat zorgaanbieders zich op grote schaal gaan aansluiten op het landelijk schakelpunt, kunnen burgers *op voorhand* bezwaar maken tegen deelname aan het EPD. Ook daarna kan de burger uiteraard *op ieder moment* bezwaar maken of het bezwaar juist intrekken.

De NPCF heeft recentelijk benadrukt dat het een goede zaak is dat alle Nederlanders op dit moment al worden geïnformeerd over het landelijk EPD.

De wet regelt de verplichte aansluiting van zorgaanbieders op het EPD. Tot de inwerkingtreding van de wet is deelname vrijwillig. De wet is daarmee sluitstuk op de invoering van het EPD. Omdat zorgaanbieders op dit moment al (kunnen) deelnemen aan het EPD, er zijn nu 87 aansluitingen, is er voor gekozen nu al te starten met de voorlichting.

*Wie kan er bij de gegevens uit het EPD en welke gegevens komen in het dossier?*

Juist veel oog voor de rechten van de patiënt bij het EPD. Zorgverleners mogen alleen medische gegevens opvragen en inzien als er sprake is van een behandelrelatie en het nodig is voor de



behandeling. Bovendien moet een arts altijd eerst toestemming vragen om gegevens op te vragen.

In eerste instantie kunnen huisartsen, apotheken en specialisten gegevens over de door de apotheker verstrekte medicatie uitwisselen. Tussen huisartsen worden de waarneemgegevens uitgewisseld, dit is een samenvatting van het dossier van de huisarts.

Zorgverzekeraars, werkgevers of Arbo artsen krijgen géén toegang tot het landelijk EPD en kunnen medische gegevens dus niet inzien of opvragen.

*Vraag van mevrouw Koser Kaya (D66) over embryoselectie*

Over embryoselectie is destijds uitgebreid met de Kamer gesproken. Toen is al duidelijk aangegeven dat nieuwe ontwikkelingen in Nederland door een commissie op toepasbaarheid zullen worden beoordeeld. Door het inschakelen van deze commissie is de mogelijkheid tot het introduceren van nieuwe ontwikkelingen begrensd. De commissie brengt over toepasbaarheid dan advies uit aan de minister. De minister kan dan beslissen of de nieuwe ontwikkeling in het planningsbesluit kunnen worden opgenomen. In de discussie ben ik daar helder over geweest. Ik zie op dit moment dan ook geen aanleiding stappen te ondernemen. Ook is afgesproken dat de adviezen van de commissie worden teruggekoppeld naar de Kamer. Op het moment dat de commissie met een advies komt zal ik de Kamer op de hoogte stellen van mijn besluit daarover. Binnenkort zal het aangepaste planningsbesluit worden uitgebracht.

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

Er lopen inderdaad verschillende projecten die te maken hebben met alternatieven voor dierproeven. De opmerkingen die vandaag door lid Ouwehand hier over gemaakt zijn, attenderen hier ook op. Deze verschillende projecten worden meegenomen in de programmeringsstudie naar de inzet en ontwikkeling van 3V (Verminderen, Verfijnen en Vervangen) alternatieven, die in de kabinetsvisie alternatieven voor dierproeven is aangekondigd. Deze programmeringsstudie (die inmiddels belegd is bij ZonMw en het Nationaal Kenniscentrum Alternatieven voor dierproeven (NKCA) in oprichting zal inzicht geven in de behoefte aan kennis over alternatieven voor dierproeven, de mogelijkheden voor onderzoek en op welke mogelijkheden bij voorrang zou kunnen worden ingezet.

Op basis van de programmeringsstudie zal ik nagaan of een kennisagenda en actieplan kunnen worden opgesteld voor de aansturing van het overheidsgefinancierde onderzoek naar 3V alternatieven. Dit wordt afgestemd met onderzoekers en maatschappelijke partijen via het maatschappelijke klankbord, die zal worden ingericht volgens de wensen van de aangenomen motie Van Ormel.

Het ontwikkelen van alternatieven voor dierproeven is ook een onderdeel van REACH (Registratie, Evaluatie, Autorisatie en beperkingen van Chemische stoffen). De bovengenoemde activiteiten sluiten hier derhalve goed bij aan.

*Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over een alternatief model voor huidonderzoek*

Ik stimuleer de ontwikkeling van alternatieven van dierproeven. Daar waar alternatieven alleen in het private domein worden ontwikkeld heb ik echter geen zeggenschap over de wijze waarop de ontwikkelingen kunnen worden toegepast. Bij onderzoek in het publieke domein, zoals ASAT, is onderdeel van de voorwaarden voor publieke middelen met name ook de kennisuitwisseling.

*Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over de wet op de dierproeven*

Het is mij niet bekend waardoor de stijging van het aantal dierproeven voor voedseladditieven voor menselijke consumptie veroorzaakt wordt, maar van een relatie met onderbouwing van gezondheidsclaims is mijns inziens geen sprake. Volgens de voedings- en gezondheidsclaimsverordening (EG 1924/2006) moet een gezondheidsclaim onderbouwd worden met algemeen aanvaard wetenschappelijk bewijs. Dit is nodig om misleiding van de consument te voorkomen. De Europese voedselveiligheidsorganisatie EFSA, die de potentiële claims beoordeelt, heeft de consensus op dit punt onderschreven, namelijk dat studies in alleen dieren onvoldoende onderbouwing vormen voor een claim.

Het onderzoek met varkens die als "de snackbarvarkens" worden aangeduid heeft niet tot doel obesitas te bestrijden maar het bestrijden van de gezondheidsproblemen die bij diabetes en hart- en vaatziekten ontstaan. Het nuttigen van een overmaat aan ongezonde voeding is één van de risico's voor het ontwikkelen van diabetes en hart- en vaatziekten. 'Fast food' wordt door de onderzoekers niet getest; het gaat om geneesmiddelen, gezonde voeding en hulpmiddelen zoals stents (buisjes die de kransslagaderen van het hart openhouden).

Ik ben van mening dat de afweging in het kader van de Wet op de Dierproeven zorgvuldig gebeurt.

*Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over dierproeven bij geneesmiddelen*

In zijn algemeenheid wordt binnen de EU het doen van dieronderzoek nodig geacht vanuit het oogpunt van volksgezondheid. In welke gevallen het doen van dierproeven precies nodig is wordt bepaald door module 4 van de bijlage bij Richtlijn 2001/83. Overigens, binnen die kaders wordt in Nederland zeer terughoudend met dierproeven bij geneesmiddelen omgegaan. Zo zal, als voor de registratie van een innovatief geneesmiddel dieronderzoek heeft plaatsgevonden, dit dieronderzoek normaliter niet meer worden herhaald voor generieke varianten van dat geneesmiddel (die alle gebruik maken van dezelfde werkzame stof waarvan het patent verlopen is). Onder de huidige Europese wetgeving zijn voor nieuwe geneesmiddelen dieronderzoeken nodig, ook als het maatschappelijke belang van die geneesmiddelen minder groot lijkt te zijn. Ik kan dierproeven voor dit soort geneesmiddelen dus niet verbieden.

*Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over dierenexperimentencommissies*

De uitvoering van de wet op de dierproeven kan getoetst worden door de rechter. De toetsing van het maatschappelijk belang is bij de DEC belegd. Een DEC wordt erkend door de minister van VWS op basis van de Wet op de dierproeven (Wod) en adviseert de vergunninghouder aan de hand van het ingediende onderzoeksplan. Dit advies kan negatief, positief of positief onder voorwaarden zijn. Het is duidelijk dat deze toetsing niet eenvoudig is. Daarom worden er eisen gesteld aan de samenstelling van de DEC en de expertise van de DEC leden. Er moeten een aantal onafhankelijk leden in een DEC vertegenwoordigd zijn. Overigens ben ik bezig met verdere harmonisatie en structurering van DEC's, zoals ik de kamer in mijn brief 22 oktober 2008 gemeld heb. Ook de positie van de proefdierdeskundige wordt hierbij meegenomen.

Ik ben geen voorstander van een landelijk structuur voor DEC's om de volgende redenen:

- De huidige DEC's staan door de wijze waarop ze georganiseerd zijn juist dicht bij de praktijk. Er is voldoende deskundigheid en de mogelijkheid om een aanvraag voor dierexperimenteel onderzoek meer in de diepte te beoordelen.
- Eén landelijke toetsingsautoriteit kan niet zonder veel vertraging alle aanvragen in Nederland beoordelen. Tenzij er weer allerlei sub-DEC's worden opgericht, waardoor de eventuele voordelen van één landelijke autoriteit weer teniet gedaan worden.
- Overigens zijn de ontwikkelingen van de laatste jaren juist gericht op het creëren van meer uniformiteit en uitwisseling tussen de DEC's. Ook in de jaarverslagen komt dat

straks tot uiting. Voor meer onafhankelijkheid, opbouw en bundeling van expertise is het dus niet nodig één landelijke DEC op te richten.

*Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over toezicht op dierproeven*

De VWA voert risicogestuurd toezicht uit, ook in deze sector. Er is geen sprake van het ontbreken van toezicht op dierproeven. Wel is de bezetting de afgelopen jaren niet optimaal geweest.

In eerdere antwoorden op kamervragen heb ik u de volgende cijfers gegeven.

In 2004 en 2005 was er respectievelijk 6 en 5,5 fte beschikbaar voor dierproeven en biotechnologie. Sinds 2006 is er 5,3 fte voor dit terrein beschikbaar. Het betreft zowel fte's in de aansturing (0,5 fte) en ondersteuning (1 fte) als toezichthouders (3,8 fte). Door vacatures en ziekte van medewerkers is deze formatie de afgelopen 5 jaar niet volledig inzetbaar geweest. Door de aard van de werkzaamheden is dit niet snel door verschuiving binnen de VWA op te lossen.

*Vraag van mevrouw Ouwehand (PvdD) over dierproeven en primaten*

Tijdens het AO van 24 september jl. heb ik toegezegd de VWA te verzoeken om informatie te verstrekken over de herkomst van de 5% tot 10% van de primaten waarvan de herkomst onbekend is, en om hiernaar onderzoek te doen als ook de VWA niet over deze informatie beschikt.

De VWA is inmiddels gestart met het onderzoek naar de herkomst van deze dieren. Ik verwacht u voor 1 juni 2009 nader te kunnen informeren..

*Vragen van mevrouw Ouwehand (PvdD) over eiwitconsumptie en emissie broeikassen. Waarom is dit niet opgenomen in de Voedingsnota en kan er een nulmeting komen?*

De voedingsnota 'Gezonde voeding, van begin tot eind' richt zich op gezonde voeding voor de gehele bevolking met daarbij speerpunten voor de groepen jeugd en ouderen. Bewust is gekozen om in deze nota een afbakening te maken voor alleen het gezonde voedingspatroon. In de inleiding van de Voedingsnota van de ministers van VWS en LNV is aangegeven hoe de Voedingsnota zich verhoudt tot de aparte nota van LNV (begin 2009) waarin de productie en consumptie van voedsel in een breder perspectief wordt behandeld. Het gaat hierbij onder andere om aspecten zoals dierenwelzijn en duurzaamheid. Hierin zal worden ingegaan op de aangedragen eiwitproblematiek.

Ik zal mijn collega van LNV de suggestie om een O-meting uit te voeren naar het huidige eiwitbeleid doen toekomen.

*Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over illegale abortus*

Iedere organisatie in Nederland die een vergunning wil voor het verlenen van abortushulpverlening mag daartoe een aanvraag indienen. Deze aanvraag ben ik verplicht, op grond van geldende wetgeving, te beoordelen. Voor een zorgvuldige beoordeling staan mij een aantal middelen ter beschikking waaronder advisering door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Na rechtelijke uitspraken en advisering van de Inspectie heb ik in 2007 uiteindelijk een vergunning verleend op grond van de wet. Deze vergunning is gekoppeld aan de mobiele kliniek van Women on Waves. Deze mobiele kliniek had Women on Waves niet bij zich in Spanje. De Inspectie heb ik verzocht mij zo spoedig mogelijk te informeren over de aard van de activiteiten van Women on Waves in Spanje.

Voor alle instellingen en hulpverleners in Nederland geldt dat zij strafbaar zijn op het moment dat zij een behandeling uitvoeren, gericht op het beëindigen van een zwangerschap, zonder vergunning zoals bedoeld in de Wet afbreking zwangerschap. In de praktijk wordt deze wet zorgvuldig nageleefd en zijn er tot nu toe geen signalen van illegale abortus.

Over de richtlijnontwikkeling kan ik u melden dat er momenteel forumbijeenkomsten worden georganiseerd. De uitkomsten hiervan worden in het eerste kwartaal van 2009 verwacht. Deze uitkomsten zullen ook worden gebruikt om de hulpverlening, waaronder de aandacht voor alternatieven, verder te verbeteren.

Klinieken nemen bij de uitvoering van de overtijdbehandeling dezelfde zorgvuldigheidseisen in acht als die gelden voor een zwangerschapsafbreking. Een belangrijke doelstelling van dit kabinet is aandacht voor deze zorgvuldigheid. Dit doel is in praktische zin dus bereikt. Op dit moment vindt dan ook nog overleg plaats binnen de coalitie over hoe het best invulling kan worden gegeven aan de afspraak uit het regeerakkoord.

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

U ontvangt rond de jaarwisseling een stand van zakenbrief.

*Vragen van de heer Van der Vlies (SGP) en mevrouw Koser Kaya (D66)*

In juridische zin kan de reanimatiepenning worden gezien als een schriftelijke wilsverklaring. De penning bevat een wilsverklaring, hij beschrijft de identiteit en bevat de handtekening van de persoon die de wilsverklaring uitdrukt. In de zin van de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst is het een uitdrukking van niet instemmen met een behandeling. Dit heb ik ook getoetst bij mijn collega van Justitie. Een zorgvuldige weging van wel of niet reanimeren, heeft mijn inziens vooral betrekking op het proces voorafgaand aan een eventuele wilsverklaring. In overleg met de cliënt moeten (in geval van langdurige zorgrelaties) de voor- en nadelen zorgvuldig besproken worden. Als een cliënt vervolgens besluit om niet gereanimeerd te willen worden dan kan een niet-reanimeerpenning een van de manieren zijn om daar uitdrukking aan te geven (in de intramurale sector zal dit overigens ook vaak onderdeel van het zorgplan zijn).

Ik weet, en dat zeg ik mevrouw Koser Kaya na, dat er bij Ambulance Zorg Nederland veel debat is over de status van de niet-reanimerenpenning. Reden waarom ik binnenkort in gesprek ga met Ambulance Zorg Nederland om misverstanden uit de weg te ruimen.

*Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over raadpleging van een tweede arts bij palliatieve zorgverlening*

Goede palliatieve zorg vraagt om een proactieve houding van zorgverleners, zodat mogelijke problemen in de palliatieve fase vroegtijdig (h)erkend en opgepakt worden. Van (huis)artsen en andere generalistische zorgverleners wordt verwacht dat zij basiskennis hebben over palliatieve zorgverlening. Als zij in de palliatieve fase van hun patiënten worden geconfronteerd met problemen waar zij geen antwoord op hebben, is er overal in Nederland de mogelijkheid om consultatie te vragen aan een team van deskundigen. Deze deskundigen zijn hiervoor speciaal voor opgeleid. Dit kan telefonisch en als dat nodig is komt de deskundige, samen met de behandelend zorgverlener, ook bij de patiënt aan huis.

*Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over de aandacht voor palliatieve zorg in opleidingen en door stage en bijscholing*

De opleidingsinstituten zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de opleidingsprofielen en stages. Professionalisering en nascholing, is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen zelf. Het is van belang dat in de opleidingen studenten in aanraking komen met palliatieve zorg. Tegen deze achtergrond zal ik dit onder de aandacht brengen van de KNMG en de opleidingsinstellingen.

*Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over de wijziging van de Drank- en Horecawet*

Ook het kabinet vindt dat de wijziging van de Drank- en Horecawet prioriteit heeft. Dat standpunt was ook al neergelegd in de Hoofdlijnenbrief Alcoholbeleid. Inmiddels is een concept-voorontwerp Drank- en Horecawet gereed. Recent hebben 12 organisaties gebruik gemaakt van de mogelijkheid in te spreken tijdens een hoorzitting over het wetsvoorstel. De komende weken verwachten wij het commentaar van de VNG en van ACTAL. De planning is om het wetsvoorstel nog vóór het einde van het jaar in de ministerraad te behandelen. De aanbieding aan uw Kamer is voorzien in het voorjaar, nadat de Raad van State advies heeft kunnen uitbrengen. Tijdens de algemene beraadslaging over het wetsvoorstel ga ik graag het debat met de Kamer aan over de visie van de SGP op het alcoholbeleid.