

SCHRIFTELIJKE ANTWOORDEN BEGROTING 2005

Vragen van mevrouw Arib (PvdA) en mevrouw Kant (SP) over evaluatie bezuinigingsmaatregelen

Eerder heb ik u bij brief van 20 april 2004 (TK 29 200, XVI, nr. 223) laten weten dat de ombuigingsmaatregelen die per 1 januari 2004 zijn ingevoerd, zowel budgettair als inhoudelijk zullen worden geëvalueerd. Bij het Jaarbeeld Zorg 2004 wordt een zo goed mogelijk inzicht gegeven in de budgettaire effecten over 2004. De beleidsmatige effecten van de individuele maatregelen zijn echter pas in een later stadium vast te stellen. Dit vergt nader onderzoek. Op zijn vroegst kunnen de maatregelen die per 1 januari 2004 zijn ingevoerd in de loop van 2005 inhoudelijk geëvalueerd worden.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over gevolgen van invoering van DBC's voor individuele instellingen

Het is in het algemeen niet zo dat gespecialiseerde instellingen niet kunnen overleven als gevolg van de DBC-invoering. Het uitgangspunt van de DBC-systematiek voor segment A is dat er per DBC-productgroep goede tarieven worden vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Deze tarieven zijn gebaseerd op de feitelijke gemiddelde kostprijzen van een representatieve steekproef van ziekenhuizen. Hiervoor heeft het CTG het afgelopen half jaar een zorgvuldig traject bewandeld. Over het algemeen zijn deze tarieven daarom een goede afspiegeling van de kosten van ziekenhuizen. Ook zullen gespecialiseerde centra over het algemeen goed met deze tarieven uit de voeten kunnen.

De vastgestelde tarieven vallen voor het MS centrum echter ongunstig uit. Dat zie ik als een onbedoeld overgangsprobleem van de DBC-invoering. Het DBC-onderhoudsorgaan heeft de mogelijkheid om vanaf 1 januari dit soort onbedoelde uitkomsten in behandeling te nemen en (structureel) te wijzigen.

Voor de korte termijn kan ik u melden dat het CTG deze dinsdag (26 oktober) overleg heeft gevoerd met het MS centrum. Het CTG en het MS centrum zijn op hoofdlijnen tot een oplossing gekomen. Het CTG heeft het voornemen om het MS centrum een aanvullende toeslag op de tarieven te geven, zodat het MS centrum voldoende inkomsten ontvangt. Het CTG neemt hierover op korte termijn een formeel besluit.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over financiering landelijk intake en expertisecentrum voor hoogtechnologisch draagmoederschap

Als ziekenhuis en zorgverzekeraars het er over eens zijn dat het gewenst is dat hoogtechnologisch draagmoederschap in de VU wordt ondergebracht kunnen zij nu al afspraken maken over de financiering ervan. Om te beginnen kunnen zij de productieafpraak van het aantal IVF behandelingen verhogen. De kosten van hoogtechnologisch draagmoederschap zijn weliswaar hoger maar zullen niet substantieel afwijken van de totale kosten van een reguliere IVF behandeling. Omdat het bovendien om zeer kleine aantallen patiënten gaat acht ik aparte CTG beleidsregels niet nodig. Als zorgverzekeraars en ziekenhuis een aparte bekostiging willen regelen kunnen zij dat nu al doen en komt als financieringsbron doorvoor de lokale productiegebonden toeslag in aanmerking. Ik overweeg verder niet in het lokaal overleg tussen zorgverzekeraars en de VU te treden.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over periodieke controle door jeugdartsen en praktijkverpleegkundigen

De motie vroeg de regering 'voor de voorjaarsnota met een voorstel te komen voor verplichte periodieke controle door jeugdartsen c.q. praktijkverpleegkundigen en daarbij aan te geven wat de benodigde middelen zijn.'

Momenteel voorziet de jeugdgezondheidszorg reeds in een aantal contactmomenten. Voor het vierde jaar zijn er 15 contactmomenten. Vanaf het vierde jaar zijn er 3 contactmomenten tijdens het zogenaamde 'PGO'; periodiek geneeskundig onderzoek bij 5 jaar, 10 jaar en 13 jaar. Een jaarlijks consult van 15 minuten (van circa € 25,-) bij de jeugdarts voor de overige jaren zou een extra investering vergen van € 55 miljoen. Deze middelen zijn niet eenvoudig te vinden. Een voorstel gericht op het periodiek controleren van alleen risicogroepen vergt nadere analyse.

Specifiek voor genitale verminking heb ik de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg om advies gevraagd. Eind 2004 adviseert de Raad over de mogelijkheden van effectieve signalering, opsporing en handhaving van vrouwelijke genitale verminking met specifiek aandacht voor een controlesysteem.

Mijn definitieve reactie op de motie zal ik geven na ontvangst van het advies van de Raad.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over verantwoording rond de afgesloten convenanten in de zorg

Het ligt in de aard van elk convenant dat de partijen die hun handtekening onder het convenant zetten, ook verantwoording aan elkaar verschuldigd zijn over de voortgang van de afspraken die zijn vastgelegd in het convenant. Er is dan ook zowel in de convenanten voor de cure en de care als in het geneesmiddelenconvenant opgenomen dat partijen met elkaar de voortgang monitoren. Met betrekking tot de verantwoording aan de Tweede Kamer zal ik vanzelfsprekend zoals gebruikelijk verantwoording afleggen over de besteding van de collectieve middelen.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over tandartsenzorg en de Eerste Hulp

Het is mij niet bekend in welke mate mensen met kiespijn hun toevlucht nemen naar de Eerste Hulp van een ziekenhuis. Het zou mij verbazen want het grootste deel van de verzekerden zijn hiervoor aanvullend verzekerd. Wel zou ik zo'n situatie ongewenst vinden. De Eerste Hulpafdeling van een ziekenhuis is niet bedoeld voor de behandeling van acute pijnklachten aan het gebit. Ik ben ook van mening dat behandeling aldaar niet nodig is.

Vraag van mevrouw Arib (PvdA) over vergoeding van de pil en het aantal abortussen

Het niet langer vergoeden van anticonceptie voor vrouwen van 21 jaar en ouder levert een besparing van € 70 miljoen op. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft mij onlangs de abortuscijfers over de eerste helft van dit jaar aangereikt. Hieruit blijkt dat er nauwelijks sprake is van een stijging van de abortuscijfers. Het totale aantal uitgevoerde abortusbehandelingen is gelijk aan het aantal over de eerste helft van vorig jaar. Het aantal abortussen bij in Nederland woonachtige vrouwen is met minder dan 1% gestegen. Sinds het begin van de jaren negentig is het abortuscijfer ieder jaar gestegen. De laatste twee jaar is deze stijgende trend doorbroken. Het is nu nog te vroeg om op basis van de cijfers over het eerste halfjaar conclusies te trekken. Ik houd de cijfers goed in de gaten.

De Nisso groep heeft een onderzoek uitgevoerd onder 2151 vrouwen in de leeftijd van 21 – 49 jaar. Daaruit concluderen zij dat zij verwachten dat er een stijging van het aantal zwangerschappen en abortussen zal optreden. Uit het onderzoek blijkt echter dat er in het onderzochte panel geen van de vrouwen die een financieel motief vermelden voor het veranderen van het anticonceptiegebruik, een ongeplande zwangerschap ten deel is gevallen. Ik meen dan ook dat de conclusies van de Nisso groep nog te voorbarig zijn. Uiteraard neem ik met belangstelling kennis van dergelijke onderzoeken. Deze bieden meer inzicht in de veranderingen in anticonceptiegebruik en de motieven hierachter. Er zijn mij geen valide, recente onderzoeken bekend over de veranderingen en motieven toen er nog wel volledige vergoeding bestond. In hoeverre het aantal wisselingen groter is dan in voorgaande jaren is dan ook niet te zeggen.

Overigens zijn bijna alle vrouwen in Nederland via aanvullende verzekeringen verzekerd voor anticonceptie.

Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over de vermindering van de administratieve lasten

VWS loopt mee in het kabinetsbeleid gericht op de aanpak van de administratieve lasten. Op 13 april 2004 [Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 515, nr. 6] heb ik de Kamer een plan van aanpak met de eerste tranche gestuurd. Op dit moment ben ik bezig om een tweede tranche samen te stellen. Over de voortgang van de eerste tranche en de aanpak van de tweede tranche is de Kamer op 20 oktober 2004 geïnformeerd. Met de tweede tranche komt de netto reductie van de administratieve last voor VWS uit op 25%. De totale reductie van de tweede tranche is € 556 miljoen. Dit komt omdat naast een reductie van € 490 miljoen (25% van € 3,2 miljard minus € 310 miljoen) een aanvullende reductie van € 66 miljoen gerealiseerd moet worden. In 2005 lopen door de invoering van de No Claim regeling en de implementatie van de richtlijn algemene productveiligheid en de allergenenrichtlijn de administratieve lasten namelijk op met € 66 miljoen.

Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over bezuinigingsmaatregelen bij scouting, de speeltuinorganisaties (NUSO), het Nationaal Jeugddebat en de Dag van de Ouderen.

In het kader van Meedoen van het nieuwe subsidiebeleid is in juni van dit jaar een subsidieregeling voor de ondersteuning van het lokale vrijwilligerswerk voor en door jeugdigen gerealiseerd. Deze regeling is gebaseerd op een tendersystematiek, waarbij de beste projecten voor subsidie in aanmerking komen. De regeling is succesvol gebleken. Er zijn ruim honderd projecten door een groot aantal landelijke vrijwilligersorganisaties ingediend. Voor wat betreft de door u genoemde gecreëerde verwachtingen kan ik melden dat Scouting, de NUSO en de Nationale Jeugdraad (organisator van het Nationaal Jeugddebat) wel degelijk subsidie krijgen in het kader van deze regeling.

Omdat het Comité Nationale Dag van de Ouderen meer dan drie jaar gesubsidieerd wordt voor dezelfde soort activiteiten, is er sprake van een structurele subsidierelatie. Om die reden moet de subsidie voldoen aan de eisen die aan zo'n subsidie worden gesteld. Daartoe is een beoordelingskader geschapen: eigen verantwoordelijkheid, versnippering, regulier aanbod en passen in domein en doelstellingen. De organisatie wordt aan elk van deze eisen getoetst. De activiteiten van het Comité doorstaan de toets niet.

De mensen en organisaties die bij de activiteiten van het Comité betrokken worden - zoals de ouderenorganisaties en gemeenten - hebben een eigen verantwoordelijkheid voor het ondersteunen van deze activiteiten. In mijn optiek zou een organisatie als het Comité Nationale Dag van de Ouderen gedragen moeten worden door de (organisaties van de) ouderen zelf, zoals de dag van de verpleging óók door de beroepsgroep en werkgevers zelf wordt ondersteund.

Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over de Beterbegroting

De PvdA heeft gevraagd om commentaar op haar tegenbegroting voor de zorg. Ik loop de belangrijkste voorstellen die PvdA daarin doet even langs. Het betreft:

- afzien van de no-claim
- een vermogenstoets
- premieheffing voor de AWBZ over de 3e en 4e schijf
- geen eigen bijdrage thuiszorg

Het debat over de no-claim is reeds gevoerd. De invoering van een vermogenstoets is in strijd met het verplichte verzekeringskarakter van de AWBZ. Het niet-verstrekken van zorg vanuit de AWBZ omdat de betrokken verzekerde vermogen heeft, past niet in de verplichte AWBZ-verzekering met verplichte inkomensafhankelijke premiebetaling

Belastingplichtigen in de 3e en 4e schijf betalen nu al mee aan de zorg meer dan louter de AWBZ-premie in de 1e en 2e schijf. Zowel de Ziekenfondswet als de AWBZ kent een rijksbijdrage. Ook zullen bij de nieuwe ZVW de premiekosten voor kinderen via een Rijksbijdrage worden gefinancierd. Het kabinet is van mening dat de inkomensplaatjes en de daarbij behorende lastenverdeling geen aanleiding geeft om de lasten voor bepaalde inkomensgroepen te verhogen.

Ten slotte wil de PvdA geen eigen bijdrage voor de thuiszorg. Gelet op de sterke groei van de thuiszorg in de afgelopen jaren lijkt het mij een verkeerd signaal om de prikkel tot doelmatig gebruik en meebetalen aan diensten af te schaffen.

Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over benchmarking in ziekenhuizen en bij huisartsen

Vergelijkende benchmarks zijn inderdaad van groot belang voor laten slagen van de marktwerking. De bedoelde benchmarks gaan deels over de eerste en deels over de tweede lijn. Voor wat betreft de eerste lijn gaat het in deze benchmark om het ontwikkelen van een instrument dat op een zo eenvoudig mogelijke wijze is toe te passen. Gepland is dat nog dit jaar de verkenningsfase wordt afgerond waarin samen met de vier pilot-regio's de dataset voor de benchmark wordt bepaald, de wijze van dataverzameling wordt ontwikkeld, enz. In de periode 2005 – 2006 zullen de gegevens worden verzameld waarna in 2007 evaluatie plaatsvindt.

Voor wat betreft de ziekenhuiszorg zijn wij aanzienlijk verder en kan niet gesteld worden dat de benchmarkactiviteiten te traag gaan. Naast de met deze middelen mogelijk gemaakte benchmark activiteiten, vinden diverse andere benchmark activiteiten plaats. Een voorbeeld is de IGZ-set van prestatieindicatoren (onderdeel van het programma Sneller Beter), waarvoor alle ziekenhuizen informatie hebben geleverd over hun kwaliteit. De NVZ (vereniging van ziekenhuizen) heeft op internet een databank geplaatst waarin deze informatie in alle openbaarheid is geplaatst. Van deze informatie kan iedereen gebruik maken. Het AD heeft onlangs deze informatie gebruikt om een ranglijst van de ziekenhuizen te publiceren. Een ander voorbeeld is dat financiële informatie over de ziekenhuizen in alle openbaarheid beschikbaar is op internet in de vorm van de jaarverslagen van de ziekenhuizen (website van Prismant).

In 2004 heeft een groep van 9 ziekenhuizen in samenspraak met VWS gewerkt aan het ontwikkelen van indicatoren op het gebied van doelmatigheid, in aanvulling op de indicatoren van de IGZ die over kwaliteit gaan. Nog dit jaar zullen deze ziekenhuizen de indicatorontwikkeling afronden. De toepassing daarvan op de sector is voor 2005 gepland. Voor de hand ligt een inpassing van deze doelmatigheidsindicatoren in de set van de IGZ. Hiermee kan (voor zeer beperkte kosten) de informatie die nodig is voor benchmarking beschikbaar komen.

Kortom: de benchmarking loopt nu voortvarend. Het beschikbare geld is toereikend.

Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over het programma Sneller Beter

In het kader van het programma Sneller Beter heb ik samen met de NVZ en de OMS vijf thema's genoemd die relevant zijn voor doelmatigheid, kwaliteit en innovatie. Voor elk van deze thema's wordt een gezant gevraagd. Bij deze gezanten gaat het om grote bedrijven zoals TPG voor logistiek in de zorg en Shell voor patiëntveiligheid. Naast logistiek en patiëntveiligheid gaat het om de thema's rekenschap, de innovatieve rol van de professional en tot slot de zorgvrager. De 'zorgvrager' als thema is bewust als laatste geplaatst omdat bij de uitwerking van dat thema de ervaringen uit de eerdere thema's juist meegenomen kunnen worden. Overigens moet worden bedacht dat bij elk van de vijf thema's de zorgvrager een voorname plek heeft. Uit het TPG rapport over de logistiek in de zorg blijkt dat juist als de zorgprocessen nadrukkelijk worden gericht op leveren van zo goed mogelijke zorg aan de patiënt, de zorg sneller en beter wordt. Het onderwerp patiëntveiligheid gaat vooral over wat nodig is om de zorg voor de patiënten zo veilig mogelijk te maken.

Vraag van de heer Heemskerk (PvdA) over kwaliteitstoezicht in zorgmarkt en uitbreiding budget IGZ

Ook ik ben van mening dat kwaliteitstoezicht van groot belang is bij een (gedeeltelijk) geliberaliseerde zorgmarkt.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van zorg. De Inspectie heeft hiervoor een nieuwe toezichtsystematiek ontwikkeld, het gefaseerde toezicht, waarmee zij op systematischer wijze dan voorheen de kwaliteit van zorg in kaart brengt. De Inspectie

reageert niet alleen op structurele problematiek in de zorg, maar geeft, mede met behulp van prestatie-indicatoren breder inzicht in de kwaliteit van zorg. Instellingen leveren zelf de gegevens aan op basis waarvan de Inspectie een eerste selectie maakt voor haar inspecties. Met deze gefaseerde of gelaagde wijze van toezicht is de Inspectie goed op haar taken toegerust, ook bij de geleidelijke introductie van marktwerking in een deel van de zorg.

Voor deze wijze van toezicht en de daarmee gepaard gaande herstructurering van de Inspectie is reeds een plan in uitvoering om de uitvoerende capaciteit van de inspectie te vergroten ten koste van overhead. Bij de taakstelling Balkenende II heb ik de Inspectie ontzien.

Ik ben niet voornemens het budget van de, door u genoemde, reclamecampagnes voor de zorgverzekeringswet te verlagen. Het gaat bij deze campagnes voor een groot gedeelte om de informatievoorziening aan burgers/verzekerden. Het woord reclamecampagne is dan ook niet juist. Ik acht het van groot belang dat deze patiënten zo volledig mogelijk worden ingelicht over de nieuwe zorgverzekeringswet, en acht het niet wenselijk om op dit budget te korten.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en spreiding van het ziekenhuisaanbod

De WTZi-beleidsvisie en de WTZi-beleidsregels zullen naar verwachting half november, tegelijkertijd met het Uitvoeringsbesluit WTZi, aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen zelf verantwoordelijk voor de variatie, differentiatie en invulling. Uitgangspunt van de WTZi is, dat zoveel mogelijk aan marktpartijen moet worden overgelaten om zelf te beslissen over toetreding tot de zorgmarkt, over investeringen en over de vormgeving van gebouwen en instellingen. Voorwaarde is dat de publieke belangen gewaarborgd blijven.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over aanpak administratieve lasten

De aanpak van VWS richt zich erop om aan het einde van deze kabinetsperiode een netto reductie van de administratieve lasten van 25% ten opzichte van 2002 op te leveren. In de eerste en tweede tranche zijn de voorstellen van de Commissie De Beer geïntegreerd. Plussen en minnen van nieuw beleid, zoals bijvoorbeeld DBC's, tellen mee in deze balans. Mocht nieuw beleid extra lasten met zich meebrengen dan moeten binnen de VWS wet- en regelgeving compensaties worden gevonden om uit te komen op een netto vermindering van de administratieve lasten met 25%.

Door de vergoedingen van behandeling door tandartsen en fysiotherapeuten per 2004 grotendeels uit het ziekenfondspakket te halen levert een eventuele verlaging van de administratieve lasten daar, geen besparing op voor het BKZ. In tabel 3 (blz 19 van de begroting) is het voorgaande weergegeven in de regel "besparingsverlies taakstelling administratieve lasten". Voor de goede orde heeft dit "besparingsverlies" geen enkele relatie met de huidige taakstelling om de administratieve lasten met 25% te verminderen en is dus daarom ook geen indicator voor het realiseren van deze taakstelling.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over aanpak overgewicht

Mijn beleid om overgewicht te voorkomen staat verwoord in de preventienota 'Langer gezond leven; ook een kwestie van gezond gedrag'. Ik ga uit van een geïntegreerde benadering van voeding en bewegen, waarbij voorlichting door het Voedingscentrum één maar zeker niet de enige maatregel is.

De activiteiten van Stichting Victorie op Overgewicht zijn bedoeld voor kinderen die al duidelijk te zwaar zijn. Momenteel is TNO Preventie en Gezondheid bezig met een effectonderzoek; de resultaten worden eind 2005 verwacht. Mocht deze behandelvorm effectief blijken, dan kan overwogen worden om dit voor zeer ernstige gevallen op te nemen in de basisverzekering. Het staat verzekeraars overigens nu al vrij om dit via de aanvullende verzekering te vergoeden. Veel verzekeraars bieden hier onder de noemer van "therapeutische kampen" vergoedingen voor.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over bekostiging weesgeneesmiddelen

Intramuraal gebruikte weesgeneesmiddelen die als 'rationele farmacotherapie' kunnen worden aangemerkt, zullen in beginsel een plaats krijgen in de DBC-systematiek. Tot dat dit mogelijk is zal de bekostiging verlopen via de reguliere bekostigingssystematiek van de ziekenhuizen. Ik acht het niet aangewezen om voor deze beperkte periode, de tijd tussen nu en het DBC tijdperk, een nieuwe CTG-beleidsregel in het leven te roepen.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over ICT in de zorg

Na jaren van voorbereiding wordt 2005 hét jaar van de invoering. Iedereen zal er hard aan moeten trekken om de landelijke invoering van het elektronisch medicatie dossier in 2006 te realiseren. Partijen hebben bij herhaling laten weten dat de invoering niet langer vrijblijvend zal zijn. Nu, in 2004, wordt de basis voor deze grote invoeringsoperatie in 2005 afgerond.

De eerste pijler betreft het identificerend stelsel in de zorg als één van de randvoorwaarden om tot betrouwbare en efficiënte gegevensverwerking te komen. Per 1 januari 2006 wordt het Burger Service Nummer (BSN) ingevoerd, onder andere ook als identificerend nummer in de zorg. Voor het einde van het jaar verwachten wij de wetgeving rondom het gebruik van het BSN in de zorg naar de Raad van State te kunnen sturen. Hiervoor moet de algemene BZK wetgeving rond het BSN eveneens gereed zijn.

De waarborgen ten aanzien van privacy vragen vanzelfsprekend bijzondere aandacht. Een notitie met de beoogde waarborgen ligt voor advies bij het College Bescherming Persoonsgegevens. Het systeem van het zorgverleners nummer (UZI) is inmiddels ontwikkeld en wordt in 2005 verder uitgerold. Dit geldt ook voor het verzekeraars nummer (UZOVI). De drie nummers samen, BSN (voor de burger), UZI (voor de zorgverlener) en UZOVI (voor de zorgverzekeraar), maken dat alle soorten gegevens veilig kunnen worden uitgewisseld.

De tweede pijler is de door NICTIZ, samen met de zorgsector en industrie ontwikkelde architectuur voor de gegevensuitwisseling in de zorgsector: AORTA. Dit is een stelsel van afspraken, standaarden, technische specificaties, etc. Thans vindt een audit plaats (gereed 1 december) om vast te stellen of dit geheel zodanig is afgerond dat verantwoord geïmplementeerd kan worden. Bijzondere aandacht krijgen daarbij de specificaties voor het zogenaamde Shared Service Center. Dit is de landelijke 'schakeldoos' waarin onder andere gegevens op een betrouwbare en veilige manier volgens de AORTA architectuur kan worden uitgewisseld. Na afronding van de audit zal gestart worden met het realiseren van deze cruciale voorziening.

De derde pijler is de realisatie in het brede zorgveld zelf. Op veel plekken in het land treffen regio's voorbereidingen om de concepten daadwerkelijk te implementeren. Een aantal geslaagde proeven heeft al plaatsgevonden. In andere regio's en instellingen moet nog veel gebeuren. Momenteel wordt een implementatieplan voor dit invoeringsjaar 2005 opgesteld.

Het realiseren van de drie genoemde doelstellingen draagt niet alleen bij aan het verbeteren van de kwaliteit, veiligheid en performance van de zorg zelf (efficiency, logistiek, etc) maar ook aan het verminderen van administratieve lasten en het bestrijden van oneigenlijk gebruik en fraude.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over de overheveling van de ggz naar de standaardverzekering

In november 2003 heb ik u al geïnformeerd over de over te hevelen delen van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet (TK 2003-2004 nr. 23619 en 26631, nr.19). Verdere informatie over de overheveling loopt mee in de informatieverstrekking over de invoering van de ZVW. Tevens kan dit aan de orde komen in de kamerbehandeling van het wetsvoorstel van de ZVW.

Vraag van de heer Buijs (CDA) over fysiotherapie

Ik sluit niet uit dat de overheveling van een deel van de fysiotherapie naar het aanvullend pakket in enige mate effecten heeft op de vraag naar fysiotherapie. Gezien de overcapaciteit aan fysiotherapie is het tevens plausibel dat er een zekere sanering plaatsvindt. Overigens ben ik van mening dat een doelmatig en professioneel geëxploiteerde praktijk voor fysiotherapie deze terugval bedrijfseconomisch voldoende zou moeten kunnen opvangen.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over woonvoorzieningen in de gehandicaptenzorg

De vermaatschappelijking van de zorg is sinds jaren het zwaartepunt in het beleid voor de care. Vermaatschappelijking van de zorg betekent onder meer een beweging naar schaalverkleining, dat afstand genomen wordt van grootschalige instellingszorg. Het aantal van 1000 in de begroting doelt op het aantal cliënten per jaar dat minimaal de kans moet kunnen krijgen om kleinschaliger te gaan wonen. Het gaat daarmee ook niet om afbouw, maar om ombouw van een klein deel tot kleinschaliger voorzieningen. Uiteraard is de wens van de cliënten maatgevend voor wat er daadwerkelijk gebeurt, instellingen worden geacht daar zorgvuldig mee om te gaan. Dit wil ik met de WTZi ook bevorderen: duidelijk moet zijn dat de instelling zich heeft vergewist van het standpunt van de cliënten alvorens hij zijn voornemens tot uitvoering brengt. Ik wil WTZi gebruiken om de relatie tussen de zorgaanbieder en cliëntenraad versterken en alleen daar te sturen waar de markt niet in staat is de publieke belangen te waarborgen. In verband met mijn verantwoordelijkheid voor de beheersbaarheid van de kosten wil ik in ieder geval blijven sturen bij die instellingen die te maken hebben met complexe bouw en hoge kosten. Daar waar het de omvang van instellingen betreft wil ik me terughoudend opstellen. Ik wil dit onderwerp van gesprek laten zijn tussen de zorgaanbieder en de cliëntenraad. Na 2 jaar zal een beleidsevaluatie plaatsvinden. De beleidsvisie, waarbij ik uitgebreider op deze materie in zal gaan wordt u in november toegezonden.

Of een instelling op het terrein zelf zo groot moet zijn dat een zwembad en/of een sporthal zelfstandig exploiteerbaar zal zijn vind ik wel een discussie waard. De doorsnee Nederlander heeft ook geen zwembad en/of sporthal in zijn eigen wijk. Instellingen kunnen wel een zwembad en/of sporthal op hun eigen terrein exploiteerbaar maken door combinatie met andere functies vanuit de omringende gemeenschap, of andersom gebruik maken van een dergelijke voorziening in de buurt.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over woonvoorzieningen voor ouderen

Het beleid, dat er op is gericht om met name (maar niet exclusief) kleinschalige voorzieningen tot stand te brengen, leidt mijns inziens juist tot een verbetering van de keuzevrijheid. Immers, de wens van velen is immers om bij noodgedwongen intramurale opname, zo mogelijk, in de wijk te kunnen blijven. Dat maakt het langer mogelijk om daar opgebouwde sociale netwerken in stand te houden. Tevens is het zo dat landelijk gezien het grootste deel van de bestaande capaciteit nog wordt aangeboden in de vorm van grootschalige voorzieningen. Verder is het niet zo dat het aanmoedigen van kleinschaligheid een tekort aan capaciteit ten gevolg heeft. In de afgelopen periode zijn uitbreidingsinitiatieven juist sterk aangemoedigd en is de nodige extra capaciteit gerealiseerd. Daarbij ben ik uiteraard afhankelijk van de bereidheid van aanbieders om tot capaciteitsuitbreiding over te gaan. Geconstateerd kan worden dat er veel uitbreidingsinitiatieven op stapel staan.

De vermindering van de capaciteit van verzorgingshuisplaatsen is een proces dat al vele jaren aan de gang is. In het huidige tijdsgewricht houdt dit voor een belangrijk deel verband met de toegenomen oppervlakenorm voor de kamers van bewoners. Renovatieprojecten gaan dan binnen de bestaande gebouwen gepaard met een afname van de capaciteit. Daarnaast spelen veel aanbieders in op de wens van velen ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Dit is een proces dat ik niet kan, maar ook niet wil, tegenhouden. Tegenover deze afname van formele verzorgingshuiscapaciteit staat dan ook een toename van wooncomplexen met zorginfrastructuur die uiterst geschikt zijn voor wonen met zorg. Ik acht dit een goede ontwikkeling.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over verantwoordelijkheid voor indicatiestelling

Mevrouw Vietsch sprak over de ministeriële betrokkenheid bij het vaststellen van de normen die worden gehanteerd bij de indicatiestelling. Ik merk daarover op, dat de ontwikkeling van die normen moet plaatsvinden bij de betrokken professionals van de indicatiestelling. Dat kan onmogelijk vanachter een Haags bureau gebeuren. Wel is het zo, dat ik op grond van het Zorgindicatiebesluit de bevoegdheid heb om beleidsregels vast te stellen waaraan de RIO's zich moeten houden. Er is dus de wettelijke mogelijkheid om bijvoorbeeld het nu gehanteerde werkdocument gebruikelijke zorg tot beleidsregel te verklaren. Ik ben van plan dat te doen na evaluatie van dat document. U kunt mij daar vervolgens vanuit uw controlerende verantwoordelijkheid op aanspreken.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over het beschikbaar zijn van een verpleeghuisbed na ziekenhuisopname

Indien iemand vanuit een verpleeghuis in het ziekenhuis wordt opgenomen zal het bed in het verpleeghuis leeg komen te staan en wordt daar geen vergoeding voor gegeven. Bij ziekenhuisopname wordt in een verpleeghuis, in tegenstelling tot het verzorgingshuis, doorgaans het eigen bed niet vrijgehouden. Er vinden in de verpleeghuizen veel mutaties plaats, zodat in de praktijk de heropname doorgaans bijna naadloos zal kunnen aansluiten op het medisch uitbehandeld zijn in het ziekenhuis. Het aaneensluiten van dit soort ketens is een zaak van partijen die er over het algemeen goed in slagen in voorkomende gevallen acceptabele afspraken te maken.

Ik wil geen aparte middelen beschikbaar stellen voor het vrijhouden van bedden in verpleeghuizen bij tijdelijke ziekenhuisopname. Dit zal namelijk leiden tot het financieren van een aanzienlijke onderbezetting in verpleeghuizen. Wel ben ik bereid geweest de extra bedden voor crisisopvang bij nieuwbouw te financieren. De heropname in een verpleeghuis na ziekenhuisopname is echter een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgkantoor en zorgaanbieders.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

In het overleg met u vlak voor het zomerreces heb ik aangegeven dat ik met zorgverzekeraars zou overleggen over een minder strikte toepassing van de hardheidsclausule. Zoals in uw motie is verwoord. Dit verzoek is inmiddels aan ZN overgebracht. De invulling van de hardheidsclausule is bewust door mij als verantwoordelijkheid gelegd bij zorgverzekeraars en dat wil ik zo houden juist om de zorgverzekeraars de mogelijkheid te geven om een afweging te maken tussen het belang van de regeling en de gevolgen van die regeling voor een individueel geval. In een gesprek met ZN is verzocht om een meer individuele toepassing van de hardheidsclausule.

Zowel VWS als ZN stellen belang in een juiste toepassing van de regeling door zorgverzekeraars. Daartoe is een onderzoek uitgezet bij het CVZ. Uit de eerste rapportage, die u is toegestuurd, blijkt dat deze een globaal tussentijds beeld weergeeft en dat gegevens nog onvoldoende zijn om beleidsmatige conclusies aan te verbinden. De rapportage in het voorjaar van 2005 zal een kwantitatieve en kwalitatieve onderbouwd rapport zijn, die zich beter zal lenen voor beleidsmatige conclusies.

Uw conclusie dat er dit jaar en volgend jaar geld op de plank blijft liggen herken ik niet. Ik heb geen indicatie dat er geld over zal blijven, maar eerder het tegenovergestelde.

Vervoerskosten kunnen fiscaal aftrekbaar zijn als buitengewone uitgaven. Dit geldt in de eerste plaats voor kosten van vervoer voor het verkrijgen van geneeskundige hulp. Daarnaast kunnen, binnen bepaalde grenzen, ook extra kosten van gewoon vervoer aftrekbaar zijn, als ze samenhangen met ziekte of een handicap. Vervoerskosten die als buitengewone uitgaven in aanmerking kunnen worden genomen, lopen automatisch mee bij de toepassing van de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven.

Vraag van mevrouw Vietsch (CDA) over vervoer (Valys, zittend ziekenvervoer etc.)

In de brief van 23 april over de WMO is aangekondigd dat het kabinet onderzoekt of op termijn alle vervoer voor kwetsbare groepen op één decentraal niveau te organiseren is. Dit onderzoek, waarbij tevens de ministeries van V&W, OCW en SZW zijn betrokken, loopt momenteel. Hoewel er zeker parallellen tussen de verschillende regelingen bestaan, zijn er ook aanzienlijke verschillen die het vraagstuk complexer maken dan op het eerste gezicht lijkt. Denk bijvoorbeeld aan de verschillende grondslagen van de regelingen en voor de financiering, de verschillende doelgroepen, de verschillende vormen van vervoer (individueel of collectief) en de uitvoering (moment waarop het vervoer moet plaatsvinden en de vertrek- of aankomstpunten). Mijn doel is om te komen tot een systeem dat doelmatig is en voor de klant overzichtelijk en logisch. Over de voortgang van het onderzoek houd ik u op de hoogte.

Vraag van de heer Nawijn (LPF) over bekostiging van behandeling van buitenlandse patiënten

Behandeling van buitenlandse patiënten is ook in Nederland goed mogelijk.

Vraag van de heer Nawijn (LPF) over extramurale zorgarrangementen

Er zijn in de genoemde landen allerlei alternatieven voor het verpleeghuisbed in een verpleeghuiskamer. Gelukkig - want wij delen de mening van de heer Nawijn op dit punt - zijn er in Nederland ook steeds meer alternatieve mogelijkheden om thuis te blijven wonen met zorg op maat. Soms niet meer in de 'eigen oude woning' maar in een aangepaste zelfstandige woning, soms ook in een beschut wooncomplex in de directe nabijheid van een zorgsteunpunt of een zorginstelling. Voor mensen met alleen somatische problematiek, die heel goed de regie over eigen leven kunnen voeren, moet zelfstandig wonen regel zijn. Overigens komen er ook voor psychogeriatrische patiënten allerlei alternatieve vormen op de markt, zowel intramuraal als in de vorm van zelfstandig wonen, waarbij de ruimte en privacy voor de bewoner veel groter is dan we traditioneel gewend zijn. Ik wil kleinschalig verblijf in de AWBZ bevorderen door lichte woonvormen tot 25 plaatsen en zware woonvormen tot maximaal 12 plaatsen onder het bouwregime uit te halen. Deze woonvormen zijn daarmee vergunningvrij. Zij kunnen de aanvraag om een toelating rechtstreeks bij het CVZ indienen. Vanuit onze verantwoordelijkheid voor het wonen en zorg beleid stimuleren minister Dekker van VROM en de staatssecretaris dat er steeds mee differentiatie komt in zelfstandige woonvormen met zorg.

Vraag van de heer Nawijn (LPF) over beëindigen vrijwillige AWBZ-verzekering

De heer Nawijn lijkt te veronderstellen dat de AWBZ-verzekering een opbouwverzekering is, waarbij in het verleden betaalde premie recht geeft op een prestatie in de toekomst. Dat is niet het geval; de AWBZ-verzekering is een zogenaamde risicoverzekering waarbij men verzekeringsbescherming ontvangt op het moment waarop men premie betaalt, ongeacht of men nu in Nederland of in het buitenland woont. Iedereen derhalve, die in het verleden verzekeringspremie heeft betaald, heeft daartegenover ook de bescherming van de verzekering genoten.

Bij de herziening van het verzekeringsstelsel wordt ook de AWBZ betrokken, in die zin dat de regering geen noodzaak meer ziet voor handhaving van de voor particulier verzekerden bedoelde vrijwillige AWBZ-verzekering. Immers na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet zal iedereen onder de bescherming van deze sociale ziektekostenverzekering komen te vallen en in het verlengde hiervan ook onder de bescherming van de Europese socialezekerheidsverordening en de door Nederland met andere staten gesloten socialezekerheidsverdragen. Uitgangspunt van de verordening en de verdragen is dat de zorg wordt verleend overeenkomstig de wetgeving van het woonland (gelijke monniken, gelijke kappen met de andere inwoners van dat land). Overigens zal worden voorzien in een overgangsregeling voor degenen die reeds zorg genieten uit hoofde van de bestaande verzekering.

Over de voorgenomen intrekking van de vrijwillige AWBZ-verzekering bent u geïnformeerd bij brief van 10 mei 2004. Hierover hebt u bij brief van 14 juni 2004 nadere vragen gesteld. De

beantwoording van deze vragen zult u binnenkort ontvangen. Daarin zal onder meer op het nu door de heer Nawijn aan de orde gestelde, uitvoerig worden ingegaan.

Vraag van de heer Nawijn (LPF) over acceptatieplicht voor aanvullende verzekeringen

Zoals in het overleg met uw kamer meermaals aan de orde is geweest, kan de overheid voor aanvullende verzekeringen geen acceptatieplicht opleggen. In de praktijk blijken de verzekeraars bij hun acceptatiebeleid voor aanvullende verzekeringen niet zeer strikt op risico's te selecteren.

Vragen van de heer Nawijn (LPF), mevrouw Kant (SP) en mevrouw Arib (PvdA) over de IVF-maatregel

Het is te vroeg om te stellen dat de maatregel averechts werkt. Van groot belang is de opstelling van de gynaecologen in deze. Indien zij zouden besluiten om vaker dan voorheen het geval was meer dan twee embryo's terug te plaatsen zou een ongewenste situatie ontstaan. Ik ben van mening dat gynaecologen op grond van hun professionele opvattingen weerstand dienen te bieden aan verzoeken van patiënten om louter vanwege financiële motieven meer embryo's terug te plaatsen. Verder is de IVF maatregel zo ontworpen dat er ook geen financiële noodzaak is om extra embryo's terug te plaatsen. De tweede en derde poging worden namelijk wel vergoed. Tenslotte ga ervan uit dat de beroepsgroep zich houdt aan het protocol dat de Embryowet voorschrijft en dat in de ledenvergadering van de NVOG is vastgesteld.

Vraag van de heer Nawijn (LPF) over huisartsenposten

Afspraken over deelname aan huisartsenposten worden gemaakt door verzekeraars en huisartsen. Dat geldt zowel voor huisartsen in stedelijke gebieden als op het platteland. Ik treed daar niet in en verplicht de huisartsen dus niet om deel te nemen.

Vraag van de heer Nawijn (LPF) over inzet scholieren en studenten in de verpleging en verzorging

Op dit moment is er geen sprake van een tekort aan aanbod van personeel. Dit blijkt ook uit het onlangs verschenen Integrerend OSA-rapport 2004 waarin valt te lezen dat van spanning op de arbeidsmarkt inmiddels nauwelijks sprake meer is.

Het inzetten van scholieren en studenten in de zomermaanden voor het wegwerken voor het wegwerken van eventuele personeelstekorten binnen de verpleging en verzorging in het kader van een soort sociale dienstplicht heeft niet mijn voorkeur. Wel stimuleer ik samen met mijn collega minister Van der Hoeven de maatschappelijke betrokkenheid van leerlingen door de invoering van de zogenoemde maatschappelijke stage.

Vraag van mevrouw van Miltenburg (VVD) over de waardebeoordeling van het PGB

Op dit moment geldt nog de in 2003 gekozen systematiek waarbij de PGB-tarieven een afgeleide zijn van een aantal natura-tarieven waaruit een gewogen gemiddelde wordt genomen. Voor 2005 zullen we de PGB-tarieven vaststellen door indexering van de tarieven voor 2004. In 2005 zal een onderzoek gereed komen naar de PGB-tarieven met een eigen normatieve kostenopbouw, niet afgeleid van natura-tarieven. In de PGB-regeling is thans een maximum van € 300 per dag opgenomen voor toekenning van het PGB. Zorgkantoren kunnen er zelf kiezen een lager omslagpunt te hanteren.

Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over het stopzetten van de subsidie voor het comité Nationale Dag van de Ouderen

In mijn antwoord op de vraag 181 bij de begrotingsbehandeling heb ik gezegd dat de subsidie aan het Nationaal Comité Dag van de Ouderen getoetst is aan het subsidiebeleid van het ministerie van VWS. Omdat het Comité meer dan drie jaar gesubsidieerd wordt voor dezelfde soort activiteiten, is er sprake van een structurele subsidierelatie. Om die reden moet de subsidie

voldoen aan de eisen die aan zo'n subsidie worden gesteld. Daartoe is een beoordelingskader geschapen: eigen verantwoordelijkheid, versnippering, regulier aanbod en passen in domein en doelstellingen. De organisatie wordt aan elk van deze eisen getoetst. De activiteiten van het Comité doorstaan de toets niet.

De mensen en organisaties die bij de activiteiten van het Comité betrokken worden - zoals de ouderenorganisaties en gemeenten - hebben een eigen verantwoordelijkheid voor het ondersteunen van deze activiteiten. In mijn optiek zou een organisatie als het Comité Nationale Dag van de Ouderen gedragen moeten worden door de (organisaties van de) ouderen zelf, zoals de dag van de verpleging óók door de beroepsgroep en werkgevers zelf wordt ondersteund. De naamgeving (subsidie of wervingsactie) speelt overigens geen rol bij de bepaling of vanuit de begroting van VWS middelen ter beschikking worden gesteld.

Vraag van mevrouw Van Miltenburg (VVD) over het terugdringen van de administratieve lasten

De terugdringing van administratieve lasten levert niet minder op dan geraamd. Door de vergoedingen van behandeling door tandartsen en fysiotherapeuten per 2004 grotendeels uit het ziekenfondspakket te halen levert een eventuele verlaging van de administratieve lasten aldaar geen besparing op voor het BKZ. In tabel 3 is het voorgaande weergegeven in de regel "besparingsverlies taakstelling administratieve lasten". Voor de goede orde; heeft dit "besparingsverlies" geen enkele relatie met de huidige taakstelling om de administratieve lasten met 25% te verminderen en is dit dus daarom ook geen indicator voor het realiseren van deze taakstelling.

Op 13 april 2004 [Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 515, nr. 6] heb ik de Kamer een plan van aanpak met de eerste tranche gestuurd. Op dit moment ben ik bezig om een tweede tranche samen te stellen. Over de voortgang van de eerste tranche en de aanpak van de tweede tranche is de Kamer op 20 oktober 2004 geïnformeerd. Met de tweede tranche komt de netto reductie van de administratieve last voor VWS uit op 25%. De totale reductie van de tweede tranche is € 556 miljoen. Dit komt omdat naast een reductie van € 490 miljoen (25% van € 3,2 miljard minus € 310 miljoen) een aanvullende reductie van € 66 miljoen gerealiseerd moet worden. In 2005 lopen door de invoering van de No Claim regeling en de implementatie van de richtlijn algemene productveiligheid en de allergenenrichtlijn de administratieve lasten namelijk op met € 66 miljoen.

Boven op de VWS-brede aanpak van administratieve lasten worden in de AWBZ en de jeugdzorg de bureaucratie en administratieve lasten aangepakt. In de AWBZ is in het convenant de aanpak van administratieve lasten een centraal thema. In jeugdzorg pakken de heren Van Eijck en De Grave als respectievelijk jeugdcommissaris en voorzitter bureaucratiebrigade de bureaucratie en administratieve lasten aan. Er wordt dus wel degelijk hard aan gewerkt.

Vraag van mevrouw van Miltenburg (VVD) over versnippering in vergoedings- en financieringsregelingen voor hulpmiddelen

Het probleem van de versnippering in vergoedings- en financieringsregelingen voor hulpmiddelen onderken ik. Het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) laat momenteel onderzoek doen naar een betere vergoedingssystematiek voor hulpmiddelen in het licht van de stelselwijziging. Dit onderzoek zal naar verwachting medio 2005 zijn afgerond. Op dat moment wil ik met de resultaten aan de slag, en indien nodig met mijn collega's van SZW en OCW.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over solvabiliteitseisen en de zorgverzekeringwet

De solvabiliteitseisen zullen in het nieuwe stelsel zwaarder zijn dan in de Ziekenfondswet. Sommige ziekenfondsen voldoen nu niet aan deze zwaardere vermogensseisen en zullen dus geleidelijk aan extra geld moeten reserveren en/of in de vorm van achtergestelde leningen hun financiële positie moeten verbeteren. Voor de particuliere verzekeraars zullen de solvabiliteitseisen lager worden. Daar zal dus geld uit de reeds opgebouwde reserves vrijkomen.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over Benchmarking bij ziekenhuizen en huisartsen

De gegevens die ziekenhuizen voor de IGZ-indicatoren hebben geleverd, zijn door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) op Internet geplaatst. Hiermee zijn de gegevens voor iedereen toegankelijk. Ook openbaar toegankelijk zijn de voorbeelden van goede zorg die op www.SnellerBeter.nl staan. Hiermee is de toon gezet voor meer transparantie in de zorg, die voor de verdere benchmark activiteiten gevolgd zou moeten worden. Wel is duidelijk dat de inzichtelijkheid van de benchmark kan worden verbeterd. Het klantvriendelijk maken van de benchmark zien wij als een groeiproces dat onze aandacht verdient.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over registratie van beroepsbeoefenaren

Het BIG-register houdt aantekening bij van eventuele bevoegdheidsbeperkende maatregelen die actueel van toepassing zijn op beroepsbeoefenaren. Het register is te raadplegen voor alle Nederlandse burgers. Maatregelen die in het verleden zijn opgelegd en niet meer van toepassing zijn, staan niet meer in het register. De Inspectie voor de GezondheidsZorg heeft wel zicht op alle en ook in het verleden opgelegde maatregelen.

Rond buitenlandse beroepsbeoefenaren, die iets op hun professionele kerfstok hebben, wordt hard gewerkt aan verbetering van de uitwisseling van de relevante informatie op dit punt tussen het BIG-register en de betreffende autoriteiten in het buitenland. Momenteel is uitwisseling van informatie in zeer beperkte mate mogelijk. In dat licht heb ik, in het kader van het Nederlandse voorzitterschap van de EU, in december van dit jaar een conferentie belegd onder de naam "EU health care professionals crossing borders". Deze conferentie kan het begin zijn van afspraken tussen de lidstaten over het uitwisselen van informatie op het punt van 'professional misconduct'.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over Medische Tuchtcolleges

Uit het jaarverslag van de IGZ over het jaar 2003 blijkt dat in 15% van het totale aantal ingediende klachten een maatregel is opgelegd. Uit dat gegeven kan echter niet worden afgeleid dat de Tuchtcolleges alle overige gevallen niet ontvankelijk heeft verklaard. In werkelijkheid is het percentage niet ontvankelijke klachten 18%. Van de overige klachten wordt 13% ingetrokken. Ruim 54% van de klachten leidt niet tot een maatregel. De cijfers uit het jaarverslag van de IGZ geven echter geen aanleiding om het vertrouwen in de medische stand op te zeggen. De IGZ stelt dat het aantal klachten waarbij een maatregel wordt uitgesproken zo laag is, omdat patiënten in toenemende mate klagen bij het Tuchtcollege terwijl op basis van de aard van de klacht behandeling door een klachtencommissie meer geëigend zou zijn. VWS zal dit meenemen in de voorlichting over de Wet BIG, die begin 2005 zal worden geactualiseerd. Daarbij zal met name aandacht worden geschonken aan het doel alsook aan de beperkingen van het tuchtrecht: het tuchtrecht is immers bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te handhaven.

De patiënt kan in het ziekenhuis met zijn klachten terecht bij een bureau patiëntenvoorlichting en een klachtopvangfunctionaris. Uit onderzoeken van het Nivel naar de behandeling van klachten blijkt dat de tevredenheid van patiënten over de klachtopvang zeer hoog is. Daarnaast is er op regionaal niveau aan elk Regionaal Patiënten Consumenten Platform een Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) verbonden waar iedere patiënt/consument met vragen en/of klachten terecht kan.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over verplicht gebruik elektronisch medicatiedossier

Medio dit jaar bij de aanbidding van het manifest "Veilige Medicatie en ICT" door koepelorganisaties heeft VWS aangegeven een voorstander te zijn van een verplicht gebruik van het medicatiedossier. Onder gebruik wordt verstaan het delen van medicatiegegevens met andere bevoegde zorgaanbieders. Het veld vroeg VWS, via NICTIZ, om deze verplichting. Letterlijk heeft VWS gezegd "Het is niet de vraag of het medicatiedossier verplicht wordt gesteld maar hoe".

De uitwerking van deze verplichting loopt langs drie lijnen:

1. opnemng van het gebruik van het medicatiedossier in de voor zorgaanbieders geldende professionele standaarden,
2. financiële prikkels,
3. als sluitstuk zo nodig wetgeving.

VWS wil afspraken maken met koepels van zorgaanbieders om het gebruik van het elektronisch medicatiedossier op te nemen in hun professionele standaarden. Daarmee wordt het een standaard van de beroepsgroep voor goede zorgverlening. Met het aanbieden van het manifest hebben koepels reeds het belang van dit gebruik aangegeven.

Met de verzekeraars wil VWS concrete afspraken maken over financiële prikkels die het gebruik van het elektronische medicatiedossier zullen stimuleren, bijvoorbeeld door in contracten tussen verzekeraars en aanbieders op te nemen dat er alleen recht op financiële vergoeding bestaat als gebruik wordt gemaakt van het elektronisch medicatiedossier.

Vooralsnog gaat VWS er vanuit dat deze aanpak zal volstaan en dat wetgeving niet nodig zal zijn. Uitsluiten doe ik het niet; bij de nadere uitwerking zal ik bezien of nadere eisen in de kwaliteitswet of de wet BIG nodig zijn.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over een jaarlijks overzicht van instellings- en projectsubsidies

Een overzicht van instellingssubsidies is als bijlage A opgenomen in de nota "Subsidiebeleid VWS", die ik u met mijn brief van 22 september 2003 (TK 2003/2004, 29 214, nr. 1) heb toegezonden. Ook is een overzicht van instellingen die in 2004 subsidie ontvangen met vermelding van de gehanteerde kortingspercentages als bijlage 2 gevoegd bij mijn brief met een toelichting op het subsidiebeleid van 13 november 2003 (TK 2003/2004, 29 214, nr. 5).

Voor het overzicht van projectsubsidies verwijs ik u naar de overzichten in de ontwerpbegroting van projectsubsidies voor de onderscheiden vijf programma's uit het herziene subsidiebeleid: preventie (tabel 21.1, blz. 25), informatie (tabel 30.4, blz. 145), kwaliteit (tabel 30.5, blz. 147), lokale agenda (tabel 34.1, blz. 172) en sport (tabel 35.1, blz. 179). Deze tabellen bevatten overigens geen informatie over individuele subsidieontvangers of projecten. Het gaat voor een groot deel om financiële relaties die – werkend langs de lijnen van het herziene subsidiebeleid – nog moeten worden aangegaan. Ik acht het niet wenselijk om als subsidie- of opdrachtgever vooraf duidelijk te maken hoeveel geld ik voor afzonderlijke projecten reserveer. Bovendien moet er veelal nog overleg plaatsvinden over de subsidie of opdracht als zodanig en de eventuele omvang daarvan. In de overzichten zijn ook eventuele doorlopende verplichtingen uit 2004 niet opgenomen.

De overzichten van instellings- en projectsubsidies, voorzover alsdan bekend, doe ik u desgewenst ook voor 2006 toekomen. In het licht van de discussie over de omvang van de begrotings- en verantwoordingsdocumenten laat ik daarbij in het midden of de informatie als integraal onderdeel van de begroting 2006 of op andere wijze zal worden verstrekt.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over de samenwerking tussen NVI en marktpartijen

De motie-Douma (die volgens mijn informatie niet is aangenomen) had tot doel om te komen tot samenwerking tussen NVI en marktpartijen. Daarmee zou het NVI beter in staat zijn een bijdrage te leveren aan de versterking van de medische life sciences in Nederland. Ik kan melden dat dit soort samenwerking al plaatsvindt. Een goed voorbeeld is de samenwerking tussen Wyeth Lederle (VS) en het NVI om gezamenlijk een vaccincombinatie tegen meningokokken B en pneumokokken in het RVP én op de wereldmarkt te brengen. Het NVI werkt er verder aan om ook andere samenwerkingsverbanden met marktpartijen en instituten vorm te geven en verder te ontwikkelen, zowel op het gebied van research, ontwikkeling als productie van vaccins. Ik ondersteun het principe en ben hierover in overleg met betrokken andere ministers.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over traumahelicopters

Op dit moment zijn de traumahelicopters niet uitgerust om in het donker ingezet te worden. Er is een convenant in voorbereiding tussen de traumacentra en het Korps Landelijke Politie Dienst

(KLPD), om de mogelijkheden van samenwerking cq. inzet van helikopters van het KLPD, die ook uitgerust zijn om in het donker te vliegen, te onderzoeken,.

Samen met de traumacentra wordt op dit moment gekeken naar de mogelijkheden of een van de vier traumahelikopters in de donkere periode vanuit een centraal punt in Nederland paraat te laten zijn. Daarbij horen hoge personeelskosten. Een voorlopige berekening raamt dat de kosten met € 2,5 miljoen moeten stijgen om ook in het donker paraat te zijn. Ik ben met het veld in gesprek om de effectiviteit en doelmatigheid van traumahelikopter te verbeteren en zal de Tweede Kamer in maart 2005 te informeren.

Op dit moment wordt er onderzoek gedaan door het College voor Zorgverzekeringen naar het functioneren van de traumacentra, waaronder ook de inzet van traumahelikopters.

Vraag van mevrouw Schippers (VVD) over contracten voor beroepsbeoefenaren van boven de 65

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om contracten te sluiten met alle individuele beroepsbeoefenaren, er is geen contracteerplicht. Zorgverzekeraars moeten wel voldoende overeenkomsten sluiten om de aanspraken van de verzekerden te kunnen waarborgen. In mijn schriftelijke antwoord op de vragen, ingezonden op 22 maart 2004 door de geachte afgevaardigden Schippers en Weekers, ben ik uitgebreid ingegaan op het punt van al dan niet contracteren van personen boven de 65 jaar (zie TK, vergaderjaar 2003-2004, Aanhangsel 3147 en 3148 (vraag 1487)).

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de invoering van de DBC's

De invoering van de DBC's wordt gemonitord onder de verantwoordelijkheid van de DBC begeleidingscommissie. Deze commissie bestaat naast VWS uit (bestuurlijke) vertegenwoordigers van ZN, NVZ, OMS, NFU alsmede de betrokken ZBO's en de stichting privaot onderhoud DBC's. Op 3 november a.s. voer ik bestuurlijk overleg met deze partijen om de meest recente monitor te bespreken. De resultaten hiervan worden verwerkt in de DBC-voortgangsrapportage die ik kort daarna aan de Tweede Kamer zal doen toekomen.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over eigen bijdrage thuiszorg

Het afgelopen jaar heb ik meerdere malen met de Tweede Kamer over de verhoging van de eigen bijdrage in de AWBZ gesproken, waarbij ook cliënten die als gevolg van de verhoging de thuiszorg opzeggen aan de orde zijn geweest. In mijn brief aan de Kamer van 25 augustus jl. geef ik aan dat ik het representatieve HHM-onderzoek naar opzeggers in de thuiszorg zie als een ondersteuning van het ingezette beleid. Uit dit onderzoek blijkt dat cliënten als gevolg van de verhoging een meer bewuste keuze maken voor thuiszorg. In totaal hebben 3,6 % van de in totaal ruim 420.000 cliënten per zorgperiode van 4 weken de zorg opgezegd. De opgezegde zorg betreft voor het overgrote deel huishoudelijke verzorging, daarnaast zijn de opzeggers relatief jong, hebben in driekwart van de gevallen een partner en een hoger inkomen dan de gemiddelde thuiszorgcliënt.

Kanttekening bij het ingezette beleid is om in het algemeen de laagste inkomens zoveel mogelijk te ontzien. Vandaar dat compensatiemaatregelen via de Belastingdienst en de bijzondere bijstand in het leven zijn geroepen, waar veel bekendheid aan is gegeven. Het kabinet ziet dan ook geen reden tot aanvullende maatregelen.

Het onderzoek van de NPCF dat in samenwerking met de Stichting Ombudsman is uitgevoerd is niet representatief. Het is een inventarisatie van klagers die zichzelf aanmelden en er kunnen geen algemene conclusies uit worden getrokken.

Ik zie dan ook geen reden om mijn conclusie van 25 augustus jl. bij te stellen.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de zelfzorgmaatregel

Per 1 januari worden vijf groepen zelfzorggeneesmiddelen weer opgenomen in het pakket voor chronische gebruikers. Deze groepen zelfzorgmiddelen zijn ondermeer geselecteerd op basis van kosten voor chronische gebruikers. Pijnstillers, zoals paracetamol, behoren tot de goedkoopste

geneesmiddelen. Deze middelen zullen niet tot hoge kosten leiden bij patiënten, ook niet bij chronisch gebruik. Daarom is deze groep zelfzorgmiddelen niet teruggeplaatst.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de hoge werkdruk in de zorg

Zorgaanbieders zijn zelfstandige ondernemers en bepalen zelf de inzet van hun medewerkers. In de voorbije jaren zijn er vanuit de Meerjarenaafspraken extra structurele financiële middelen ingezet om werkdruk te verlichten.

De cijfers over de arbeidsmarkt voor de zorg laten op dit moment geen tekort zien aan arbeidskrachten en geven daarmee op dit moment geen aanleiding om hiervoor een plan van aanpak op te zetten. Er is dus sprake van voldoende aanbod van verzorgenden op de arbeidsmarkt.

Ik bepleit juist dat instellingen hun werkprocessen (verder) verbeteren en gebruik maken van bijvoorbeeld nieuwe ICT-mogelijkheden.

Door te innoveren kunnen de beschikbare handen meer mensen beter verzorgen.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over vergrijzing en innovatie

Zoals eerder toegezegd zal ik uiterlijk in februari 2005 de kabinetsnota over het ouderenbeleid in het zicht van de vergrijzing aan de kamer toezenden. Daarin wordt ook ingegaan op het belang van technologie en kleinschaligheid in de langdurige zorg. Overigens is het in de eerste plaats de sector zelf die moet laten zien hoe zij de uitdaging aangaat. In het convenant dat ik met de aanbieders in de sector heb gesloten is overigens een behoorlijke post opgenomen voor innovatie. Dat gaan we als convenantpartijen samen uitwerken. Daarnaast loopt er een interdepartementaal onderzoek onder auspiciën van de Interdepartementale Commissie Marktwerking van het Ministerie van EZ naar innovatie en arbeidsproductiviteit in de zorgsector met het oog op mogelijk toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt. Ook daarin speelt technologie een belangrijke rol.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de opvang van daklozen in asielzoekerscentra

De resultaten van het onderzoek naar dakloze gezinnen in de maatschappelijke opvang worden gepubliceerd in het Jaarbericht van de Monitor Maatschappelijke Opvang. In de voortgangsrapportage eind dit jaar over de uitvoering van het IBO-rapport over de maatschappelijke opvang zal de staatssecretaris op de uitkomsten van het onderzoek reageren. De vraag over het gebruik van asielzoekerscentra wordt niet voor de eerste keer gesteld. Minister Verdonk heeft een lijst geleverd van asielzoekerscentra die leeg komen te staan. De staatssecretaris heeft deze lijst ter beschikking gesteld aan de centrumgemeenten maatschappelijke opvang. Probleem is echter dat de centra niet in de omgeving staan van de centrumgemeenten. Daarom bieden ze geen oplossing.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over specifieke acties MFC's

Ten aanzien van de MFC's wordt nu geen specifiek beleid meer gevoerd. Het aanbod MFC is onderdeel van het reguliere beleid. In 2001 is er een behoefteraming MFC gedaan ter verbetering van de zorg voor (licht) verstandelijk gehandicapte jeugdigen. In deze raming wordt uitgegaan van een behoefte aan 250/300 plaatsen in 10 tot 12 te vormen MFC's. Ook werd € 554.536,- beschikbaar gesteld, voor ambulante hulpverlening. De ambulante zorg is nu structureel ingebed.

De benodigde klinische plaatsen zijn via de reguliere kaders en de wachtlijstmiddelen gerealiseerd. Er zijn sinds 1999 voor 168 klinische plaatsen in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen verklaringen afgegeven. Ook zijn 98 reguliere plaatsen omgezet naar MFC plaatsen waar direct gestart kon worden. Daarnaast zijn er nog eens 24 plaatsen in voorbereiding. Totaal komt het aantal plaatsen daarmee op 288 binnen 12 MFC's. Dit sluit goed aan bij de raming.

Het is de taak van de zorgkantoren om specifiek te monitoren op de zorgvragen die zij krijgen en de zorginkoop en capaciteit hierop af te stemmen. Zij hebben de verantwoordelijkheid om voldoende zorgaanbod te realiseren.

Door invoering van de AWBZ-brede zorgregistratie krijgen zorgkantoren beter inzicht in de omvang van de zorgvraag van de personen met problematiek op meerdere terreinen (verstandelijke handicap en ggz-problematiek). Cliënten die in aanmerking komen voor een MFC-plaats hebben vaak deze gecombineerde problematiek. Overigens is het aan de cliënt om op basis van zijn/haar indicatie aan te geven of deze specifiek in een MFC dan wel in een andere voorziening terecht wil komen.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over wachttijden mammografie

Gevraagd is naar mijn beeld van de wachttijden voor mammografie. Hierover heeft mw. Arib (PvdA) zeer recent vragen gesteld die ik schriftelijk heb beantwoord op 29 september jl. Ik heb aangegeven dat ziekenhuizen worden geacht zich aan de richtlijnen van het Nabo (Nationaal Borstkanker Overleg Nederland) te houden. Deze richtlijnen houden onder meer in dat 90% van de patiënten binnen vijf dagen na het eerste consult een uitslag moeten krijgen. Dankzij deze snelle diagnose is het mogelijk om zeer snel de noodzakelijke zorg te organiseren. Om de wachttijden zo kort mogelijk te laten zijn, heb ik diverse acties in gang gezet, zoals het doorbraakproject mammacarcinoom. Kortheidshalve wil ik echter naar de beantwoording van de eerder gestelde vragen verwijzen waarin ik de diverse acties heb toegelicht.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over het opnemen van LVAD-transplantatie in het pakket

Het CVZ heeft in een rapport over LVAD's als "bridge to transplant" vastgesteld dat deze verrichting in principe tot gebruikelijke zorg kan worden gerekend. Ik heb aan het CVZ gevraagd om vóór 1 december 2004 een aanvullende rapportage uit te brengen. Ik wacht die rapportage af.

Na overleg met het ministerie overweegt het UMCU om het steunhartprogramma in ieder geval voort te zetten tot het moment dat ik helderheid heb gegeven over de reguliere financiering ervan.

Vraag van mevrouw Kant (SP) over de topinkomens in de zorg

In mijn brief aan de Kamer over de topinkomens van 6 oktober jl., heb ik aangekondigd dat ik met sectoren ga praten die nu nog niet deponeringsplichtig zijn om daar tot eenzelfde mate van transparant verantwoord te komen, als nu geldt voor de deponeringsplichtigen. In dat kader zal ik ook de sector "zorgverzekeraars", in casu hun koepel ZN (Zorgverzekeraars Nederland), uitnodigen voor overleg.

Vraag van mevrouw Koser Kaya (D66) over de levensduur van medische hulpmiddelen

Ik heb geen concrete aanwijzingen dat hulpmiddelen die worden verstrekt door de ziekenfondsen al na relatief korte tijd economisch worden afgeschreven. In tegendeel, veel duurdere hulpmiddelen worden juist in bruikleen verstrekt en aldus vele malen herverstrekt. Voor andere hulpmiddelen geldt dat ziekenfondsen minimale gebruikstermijnen aanhouden voordat tot vervanging wordt overgegaan. Wat de hulpmiddelen betreft die door gemeenten worden verstrekt krachtens de Wvg, zoals rolstoelen en scootmobiels, voeren de gemeenten elk hun eigen beleid. Ook hiervoor geldt dat in veel gemeenten hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt en dus kunnen worden herverstrekt.

Vraag van mevrouw Koser Kaya (D66) over het fors stijgen van het gebruik van particuliere zorg in de toekomst

In de analyses die in mijn opdracht door het SCP zijn uitgevoerd naar de ontwikkeling van de vraag naar verpleging en verzorging wordt onderscheid gemaakt tussen de zogenaamde potentiële vraag en de feitelijk effectieve vraag. De potentiële vraag wordt bepaald door het aantal mensen dat op basis van gezondheidskenmerken in aanmerking zou komen voor AWBZ zorg als zij zich daadwerkelijk daarvoor bij de indicatiestelling zouden melden. De feitelijk effectieve vraag wordt bepaald door het aantal mensen dat dat ook daadwerkelijk doet. Het SCP heeft geconcludeerd dat daar een groot verschil tussen zit. Dat wordt verklaard door gedrag van mensen zelf. Velen zoeken liever zelf oplossingen. Dat gedrag blijkt onder meer samen te hangen met inkomen en opleidingsniveau. Aangezien beide in de toekomst stijgen, voorspelt het SCP een flinke toename van particuliere zorg. In de meeste gevallen gaat het daarbij om lichte vormen van zorg en ondersteuning zoals huishoudelijk zorg. Ik heb geen behoefte om met keurmerken sturend op te treden in de wijze waarop mensen zelf dit soort vormen van zorg regelen. Voor de institutionele particuliere zorg geldt dat daarop de Kwaliteitswet en het toezicht vanuit de IGZ van toepassing is. Om de reikwijdte van die wet te verhelderen is een Algemene maatregel van bestuur in voorbereiding om dat buiten twijfel te stellen. Overigens blijkt dat brancheorganisaties van particuliere zorginstellingen bezig zijn om de kwaliteit van de bij hen aangesloten instellingen door middel van certificering te waarborgen. Dat juich ik toe.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over de koopkracht van chronisch zieken en gehandicapten

Het kabinet heeft vorig jaar een breed pakket aan maatregelen genomen ter compensatie van de negatieve inkomenseffecten van chronisch zieken en gehandicapten. Ik wijs op de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven, extra middelen voor de bijzondere bijstand en een harheidsclausule voor de maatregel bij het zittend ziekenvervoer. In de begroting 2005 is daar € 25 mln aan toegevoegd, waardoor een aantal clusters zelfzorgmiddelen voor chronische gebruikers weer vergoed worden en de maatregel bij het zittend ziekenvervoer verder kan worden verzacht. Ik acht dit een alleszins acceptabel compensatiepakket.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) of verhoging van de arbeidsproductiviteit m.n. in de care leidt tot verhoging van de werkdruk

Verhoging van de arbeidsproductiviteit is een belangrijke voorwaarde om ook op termijn een kwalitatief goede zorg die, voor een ieder die dat daadwerkelijk nodig heeft, toegankelijk is, te kunnen garanderen. De Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek onderkent in haar Integrerend Rapport de noodzaak daarvan en wijst er daarbij op dat verhoging van de arbeidsproductiviteit niet dient te leiden tot een hogere werkdruk. Ik ben het daar van harte mee eens. Verhoging van de werkdruk is geen oplossing voor de toekomstige problemen die op ons afkomen. Dat is ook niet nodig. Verhoging van de arbeidsproductiviteit is zeer goed mogelijk zonder verhoging van de werkdruk. Allerlei goede voorbeelden, ook in de care, tonen aan dat daar nog het nodige te winnen is.

Ik vind deze problematiek dermate van belang dat ik opdracht gegeven heb tot een nadere analyse en zal in 2005 de Kamer daarover nader informeren.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over de wens en verwachting van burgers in relatie tot de WMO

Naar de mening van het Kabinet is juist afhankelijkheid van collectieve arrangementen doorgesloten en wordt in voorkomende gevallen door mensen eerst gekeken of professionele zorg geboden kan worden voordat naar alternatieven wordt gezocht. Het SCP onderzoek waaraan mevrouw Tonkens refereert, geeft aan dat er een groot verschil is tussen wens en verwachtingen. Iederen weet kennelijk dat er iets moet veranderen, maar men wil de gevolgen van de daarvoor noodzakelijke keuzes nog niet aanvaarden. Dat is voor het Kabinet geen reden

om voor zijn verantwoordelijkheid weg te lopen. We zullen het debat hierover met de samenleving moeten blijven voeren.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over mantelzorgers

Ik ben mij ervan bewust dat er een relatie bestaat tussen het werken van mensen en het verlenen van mantelzorg. Uit onderzoek blijkt dat het werken niet zozeer leidt tot afname van het aantal mantelzorgers als wel tot een afname van het aantal beschikbare uren die men hieraan wil besteden. Het beleid van de overheid (en dan niet alleen VWS) is erop gericht:

- het aantal vrijwilligers dat taken van mantelzorgers kan overnemen, op peil te houden. Een en ander krijgt zijn beslag via lokale steunpunten en organisaties van vrijwilligers.
- dat mantelzorgers goed gefaciliteerd worden. Daaraan draagt versterking van lokale infrastructuur van mantelzorgondersteuning bij.
- dat er best practices beschikbaar komen op het vlak van de combinatie van zorg en arbeid. In dit verband wijs ik erop dat ook door SZW projecten zijn gefinancierd (b.v. in het kader van de dagindeling) waaruit een aantal lessen kan worden getrokken die van belang zijn voor mantelzorgers.

Een en ander betekent dat het werken op zich geen belemmering hoeft te zijn voor het leveren van een bijdrage aan zorg. Onder de WMO kan hierop worden voortgeborduurd, waarbij ik opmerk dat niet zozeer de WMO van belang is voor het aandeel werkzame vrouwen maar eerder de taakverdeling die mannen en vrouwen onderling overeenkomen. Een emancipatie-effectrapportage acht ik dan ook overbodig.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over inzetten laaggeschoolde werklozen in de thuiszorg

Mede dankzij de maatregelen van het kabinet zal het niet zover komen dat er 2 miljoen laaggeschoolden werkloos worden. Die zorg wil ik graag bij u wegnemen. De uitspraak van minister de Geus was vooral bedoeld om het belang van opleiding en scholing te benadrukken. Mochten er inderdaad mannen in de zorg willen gaan werken dan zullen de werkgevers in de zorg uiteraard alles in het werk stellen om deze mannen aan zich te binden. De werkgevers in de zorg hebben de afgelopen jaren bewezen op een creatieve wijze vacatures te kunnen vervullen.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over doorstroming in de maatschappelijke opvang

Ik vind een aparte stimuleringsregeling niet nodig. Vergroting van de doorstroom was een van de aanbevelingen van het IBO-rapport 'De maatschappelijke opvang verstopt'. Vanuit de middelen uit de enveloppe preventie en jeugd die beschikbaar is gesteld bij het regeerakkoord heb ik de specifieke uitkering maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid met een bedrag oplopend tot € 4 mln. in 2007 verhoogd. De bedoeling daarvan is dat gemeenten het extra geld gebruiken om de doorstroming te bevorderen. In het kader van het Grote Stedenbeleid maken wij hierover prestatieafspraken met de steden.

Ook wijs ik op de afspraak die de minister van VROM mede in het kader van het IBO gemaakt heeft met de VNG: gemeenten krijgen tot 1 april 2005 de tijd om aan te tonen dat zij in staat zijn het hen ter beschikking staande instrumentarium adequaat (t.w. leidend tot een snellere doorloop) in te zetten voor de doelgroep van de maatschappelijke opvang. Bij onvoldoende resultaat zal de voorrangsbepaling uit het Huisvestingsbesluit alsnog geëffectueerd worden. Dat betekent dat deze doelgroep bij voorrang gehuisvest moet worden.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over het verminderen van overbodige bureaucratie en administratieve lasten

Ik ben een groot voorstander van het verminderen van overbodige bureaucratie en administratieve lasten. Dit resultaat verwacht ik ook door mijn aanpak van de administratieve lasten. Een onderdeel daarvan is de modernisering van de jaarverantwoording. Op dit moment hebben V&V-instellingen de mogelijkheid te kiezen uit een traditionele verantwoording (dat betekent meerdere verslagen en rapportages op meerdere momenten door het jaar heen) of een

gemoderniseerde verantwoording (dat wil zeggen één geïntegreerd verslag op één moment in het jaar). De instellingen die kiezen voor de nieuwe manier van verantwoorden zijn vrijgesteld van de traditionele verantwoording. Ik ben bereid binnen de aanpak van administratieve lasten verder te zoeken naar vergelijkbare mogelijkheden. Bovendien zal de informatievoorziening worden gestroomlijnd en het principe van “de overheid vraagt niet naar de bekende weg” worden toegepast. Na 2006 wordt een instelling niet tweemaal dezelfde vraag voorgelegd. Indien dat toch gebeurt, hoeft de instelling deze niet te beantwoorden. Voorts wijs ik op de experimenteer mogelijkheden van de WTG ExPres en de WTZi. Voorstelbaar is die mogelijkheden in te zetten voor het doel, zoals in de vraag beoogd, en dan in het bijzonder op het vlak van prijs- en bouwregelgeving.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over toegang tot Internet voor de niet-mondige patiënt

Uit het RvZ advies Patiënt en Internet van 20 maart 2000 blijkt dat het gebruik van Internet groeit. Dit geldt ook voor ouderen. Uit RvZ-onderzoek in 2003 blijkt dat veel burgers graag informatie over zorg en gezondheid via Internet willen verkrijgen.

Niet alle zorggebruikers zijn in staat om zelf keuzes te maken of hun weg te vinden in het zorgstelsel.

Voorop staat dat het in eerste instantie aan mensen zelf is om hun zaken op orde te krijgen. Daarbij kunnen ook hun familie, vrienden of bureaus straks de informatie op de portalwebsite van RIVM raadplegen. Maar als dat niet lukt dan vind ik het belangrijk dat er een plaats is waar zij terecht kunnen met hun vragen. Waar zij niet alleen informatie maar ook hulp bij het kiezen kunnen krijgen. Op dit moment wordt de ondersteuning voor deze groep mensen verzorgd door onder meer ouderenadviseurs en MEE-organisaties. Deze adviseurs kunnen straks gebruik maken van de informatie op de portalwebsite van RIVM om zo de vragen van hun cliënten nog beter te kunnen beantwoorden.

Vraag van mevrouw Tonkens (GroenLinks) over het “werkdokument verblijf” en de brief over het leefwensenonderzoek

Ik ben niet voornemens het werkdokument verblijf aan te passen. De functie “verblijf” uit de AWBZ kan worden geïndiceerd overeenkomstig de criteria in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA). Het werkdokument verblijf sluit aan bij het BZA en geeft daaraan een uitwerking voor de indicatiepraktijk. Het werkdokument verblijf is opgesteld door en onder verantwoordelijkheid van de Landelijke vereniging van indicatieorganen.

De verzekerde is niet verplicht om van de aanspraak op de functie “verblijf” gebruik te maken en heeft de vrijheid om te kiezen voor zelfstandig wonen met aanspraak op de overige geïndiceerde AWBZ-functies.

Ik ben het met mevrouw Tonkens eens dat het aan de cliënt is om te kiezen voor zelfstandig wonen of niet. Ik wil met mijn beleid, dat gericht is op schaalverkleining waarbij ik het wonen, zorg en welzijn zoveel mogelijk op maat van een wijk of buurt te organiseren de keuze mogelijkheden van de cliënt vergroten. De mening van de cliënt in dit proces wordt steeds belangrijker. Het is hierbij van belang dat de zorgaanbieder zijn voornemens goed op de wensen van de cliënt afstemt en dat de cliënt in staat is om de wensen te laten horen. Ik wil de WTZi gebruiken om de relatie tussen de zorgaanbieder en de cliënt versterken. Zo wil ik dat de zorgaanbieder stevast zich van de mening van de cliëntenraad vergewist alvorens hij zijn voornemens tot uitvoering brengt. Dit rijmt inderdaad niet met het benoemen van een maximum aantal inwoners dat in een instelling kan wonen. In de beleidsvisie en de beleidsregels WTZi die ik in november naar de Tweede Kamer zal sturen, is dit verder uitgewerkt.

Vragen van de heren Rouvoet (ChristenUnie) en Buijs (CDA) over het uurtarief van medisch specialisten

Het nieuwe uurtarief van 140 euro dat per 1 januari 2005 zal worden ingevoerd in het B-segment van de DBC's is geen onderbouwd uurtarief, maar een macroneutraal uurtarief. Mijn uitgangspunt bij de invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2005 is dat de

systeemovergang op zich geen meer- of minderkosten met zich mee mag brengen. Het macroneutrale uurtarief voor de medisch specialisten is dan ook berekend door het macrokader voor de vrijgevestigde medisch specialisten te delen door het aantal patiëntgebonden uren dat door deze groep wordt geleverd. Het aantal gewerkte uren is gebaseerd op een groot tijdsbestedingsonderzoek. Overigens is het uurtarief van 140 euro niet tegen het advies van het CTG/Zaio in, maar juist op advies van het CTG/Zaio vastgesteld. De CTG/Zaio-brief waar het advies in vermeld staat heb ik u op 22 oktober jl. toegestuurd.

Het CTG-advies uit 2002 voor een onderbouwd uurtarief van 82,80 euro is niet één op één vergelijkbaar met het macroneutrale uurtarief van 140 euro. Het uurtarief van 82,80 euro is exclusief een vergoeding voor inconveniënten, terwijl deze inconveniënten wel als gemiddelde in de 140 euro zijn verwerkt. Een tweede nuancering die kan worden aangebracht betreft de verschuiving van praktijkkosten. Het CTG ging er bij haar advies vanuit dat een gedeelte van de praktijkkosten niet langer deel uit hoefde te maken van het tarief van de specialisten, maar kon worden verschoven naar het ziekenhuis. Overnemen van dit advies betekent een lager tarief voor de specialisten, maar een hoger tarief voor de ziekenhuizen.

Eenzelfde nuancering is van belang bij de beoordeling van de genoemde 252.000 euro. Allereerst dient bedacht te worden dat dit niet het inkomen is van de specialist, maar de omzet. Een aanzienlijk gedeelte hiervan dient ter dekking van de praktijkkosten. Om een vergelijking met een minister mogelijk te maken dient het bruto-inkomen van de minister te worden opgeplust met werkgeverslasten en een vergoeding voor "praktijkkosten". Dat leidt tot een aanzienlijk hoger bedrag.

Het macroneutraal uurtarief is slechts een overgang naar een goed onderbouwd uurtarief van belang. Het is mijn streven een dergelijk uurtarief per 1 januari 2006 in te voeren. Het macroneutrale uurtarief van 140 euro zal in dat geval slechts één jaar van kracht zijn. Ik heb een onafhankelijke commissie ingesteld om mij te adviseren over de hoogte van het onderbouwde uurtarief, de commissie Korthals Altes. Deze commissie is op 1 oktober van start gegaan en zal medio 2005 met een advies komen. De commissie heeft van mij een pakket relevante stukken ontvangen, waaronder de door u genoemde CTG-brief van 17 juli 2002. Ook heb ik de commissie meegegeven dat ik de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het uurtarief van belang acht. Dit punt zal volgend jaar terugkeren als ik een standpunt inneem over het advies van de commissie.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over de investering in de eerstelijnszorg

Er is geen geld weggehaald, er is slechts een mogelijke intensivering vervallen. De investering in de eerstelijnszorg is komen te vervallen, aangezien de opbrengst van de no-claim huisartsen en de investering onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Er is bij het vervallen van de opbrengst van de invoering van de no-claim geen financiële ruimte om een dergelijke investering te kunnen doen.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over de mantelzorg

Ik onderken dat het belangrijk is om tijdig te anticiperen op de vergrijzing waarmee ons land te maken krijgt. Naar het zich laat aanzien kan het aantal beroepskrachten geen gelijke tred houden met de toename in vraag, waardoor het belang van mantelzorg en preventie nog meer toeneemt. Mijn beleid is er dan ook op gericht om mantelzorg te ondersteunen. Daarbij onderken ik dat een toenemende arbeidsparticipatie, kleinere gezinnen en grotere geografische afstanden de invulling hiervan kunnen bemoeilijken. Toch blijkt de bereidheid tot het verlenen van mantelzorg nog steeds groot. Wat betreft de ondersteuning van mantelzorg wijs ik op het voornemen in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning een afzonderlijk prestatieveld voor mantelzorgondersteuning op te nemen. De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bereidt op dit moment een standpunt voor over de vraag of 57,5 jarigen vrijgesteld kunnen worden van de sollicitatieplicht als zij mantelzorg verrichten. Dat standpunt komt rond de jaarwisseling. Ik richt me ook op het voorkomen van uitval bij mantelzorg als gevolg van overbelasting door tijdig passende

infrastructuur voor ondersteuning aan te bieden en ik stimuleer dat professionele zorg en mantelzorg goed op elkaar aansluiten. Wat uw vraag betreft naar de omvang van mantelzorgers wil ik erop wijzen dat in maart 2003 het SCP al een rapport heeft uitgebracht waarin uitgebreid hierop is ingegaan. Wat vrijwilligers betreft, bevorder ik actief het vrijwilligerswerk door jongeren en ga ik de belemmeringen voor vrijwilligerswerk via wet- en regelgeving verminderen. Daarnaast zet ik in op een kwalitatieve versterking van het lokale vrijwilligerswerkbeleid en de lokale ondersteuningsstructuur.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over verzachting bezuiniging zelfzorggeneesmiddelen

Een belangrijke groep zelfzorggeneesmiddelen gaan terug in het pakket voor chronische gebruikers. Dit zal op het recept moeten worden vermeld met CG (chronisch gebruik). Deze groep zelfzorgmiddelen is geselecteerd op basis van de grootste bijdragen in de kosten. Dit is uitvoerig besproken in een werkgroep, speciaal voor dit doel opgericht, bestaande uit de KNMP, KNMG, ZN en CVZ. Deze werkgroep is tot de conclusie gekomen dat een aanpassing van de maatregel door het opstellen van een lijst met aandoeningen waarvoor wel vergoeding geldt, uitvoeringstechnisch niet haalbaar is. Dit betekent dat het ook niet haalbaar is om bepaalde groepen gebruikers, zoals chronisch zieken of gehandicapten, die aan de hand van die aandoeningen te identificeren zouden zijn, op deze wijze uit te zonderen.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over alternatieven voor dierproeven

Het amendement Rouvoet betrof een incidenteel bedrag van € 0,5 miljoen in 2004. Conform de suggestie van ZonMw zal in 2004 € 140.000 aan het Nederlands Centrum voor Alternatieven voor Dierproeven, verbonden aan Faculteit Diergeneeskunde Utrecht, worden bijgedragen. Het verdere voorstel van ZonMw was om ook de kosten van het NCA voor de jaren 2005 t/m 2007 in één keer te betalen ten laste van het amendement. Het is echter niet mogelijk (onrechtmatig) om in 2004 uitgaven in latere jaren te financieren.

Het is ook niet mogelijk de rest van het geld in 2004 in te zetten voor door ZonMw gecoördineerd onderzoek omdat een onderzoeksrunde meerdere jaren beslaat en een voorbereidingstijd vergt van circa een half jaar.

Een principiële discussie inzake de ethische aspecten rond dierproeven zal mijns inziens niet leiden tot een principiële wijziging van het huidige beleid. Het gebruik van proefdieren wordt namelijk onverminderd getoetst aan de hand van de vier V's (verantwoord, verfijnd, vervangend en verminderd). Ik acht het daarom niet verantwoord om geld dat anders besteed zou worden aan de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven hiervoor in te zetten.

Vraag van de heer Rouvoet (ChristenUnie) over budget voor palliatieve zorg

Het amendement met betrekking tot de palliatieve zorg (2899 XVI, nr. 26) beoogde een verdere versterking van de palliatieve zorg door middel van een toereikend aanbod, een adequate organisatie en een kwalitatief hoge zorgverlening van de palliatieve zorg in de meest brede zin van het woord. Meer in het bijzonder zijn deze extra middelen ten goede gekomen aan de verpleeghuizen en verzorgingshuizen, waarbij palliatieve zorg aan patiënten in deze instellingen mogelijk wordt gemaakt. Op dat moment werd voorzien in het uitgangspunt dat palliatieve zorg onderdeel zou moeten zijn van de reguliere zorgvoorzieningen.

Begin december a.s. verwacht ik het eerste rapport van de monitor die door het Nivel wordt uitgevoerd naar de genomen maatregelen in de palliatieve zorg op drie onderdelen, te weten de afdelingen palliatieve zorg, de consultatiefunctie en de palliatieve zorgvoorzieningen.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over de rol verzekeraars bij het kwaliteitsbeleid

Zorgaanbieders moeten bij hun zorgverlening rekening houden met de reële behoeften en verwachtingen van hun patiënten. Maar ook van de zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij bij de zorginkoop rekening houden met de mening en verwachtingen van hun verzekerden. Patiëntervaringen vormen een belangrijke bron van informatie voor verzekeraars. Eerder zijn er

afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/cliëntenvertegenwoordigers om bijvoorbeeld samen certificatieschema's voor externe kwaliteitsbeoordeling te maken of een systeem te maken en te onderhouden voor accreditatie van instellingen. Ik acht het realistisch dat verzekeraars deze rol ook daadwerkelijk op zich nemen en certificering/accreditatie van zorgaanbieders onderdeel van de zorginkoop maken. Zorgverzekeraars Nederland ZN en het College voor Zorgverzekeringen CVZ ontwikkelen verder instrumenten om verzekeraars bij deze rol te ondersteunen. Ik zie nu al veelbelovende initiatieven van zorgverzekeraars op dit gebied. Zo heeft Agis 1000 diabetes patiënten bevroegd naar hun ervaringen in de zorg en deze informatie gebruikt in contractonderhandelingen. Verzekeraars kunnen beschikbare informatie uit de toetsen van Stichting Cliënt en Kwaliteit met eenzelfde doel gebruiken.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over het verbeteren van ethische toetsingscommissies in (academische) ziekenhuizen

Ethische toetsingscommissies in (academische) ziekenhuizen hebben geen rol bij de toetsing van levensbeëindigend handelen. Deze commissies beoordelen op grond van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen protocollen voor wetenschappelijk onderzoek. Het zijn, zeker in de academische ziekenhuizen andere commissies dan de ethische commissies die adviseren over moeilijke ethische vraagstukken in het ziekenhuis. In de Agenda Ethiek en Gezondheid wordt het belang onderstreept van mogelijkheden voor reflectie in instellingen. Voor hulpverleners moet er ruimte zijn ethische dilemma's met elkaar te bespreken. Verantwoordelijkheid voor het scheppen van deze ruimte ligt bij het management van instellingen.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over het verbeteren van samenwerking tussen artsen en apotheken om palliatieve zorg te stimuleren

De ervaringen in het Verenigd Koninkrijk over verbetering van de samenwerking tussen artsen en apotheken om de palliatieve zorg te stimuleren past in mijn beleid waarin sprake is van een multidisciplinaire aanpak. Palliatieve zorg is een onderwerp waarmee de apotheek in steeds grotere mate te maken krijgt. Afspraken tussen apothekers en artsen over palliatief terminale zorg past als onderwerp in een Farmaceutisch Transmuraal Therapeutisch Overleg (FTTO) en sluit aan bij de zorgverlenersrol van de apotheker.

Vraag van de heer Van der Vlies (SGP) over verzoek om financiële middelen van NPTN voor toepasbaar onderzoek en een keurmerk voor zorgaanbieders

Met het eindigen van het stimuleringsprogramma palliatieve zorg zijn er voor toepasbaar onderzoek vanuit VWS geen structurele financiële middelen meer beschikbaar. In 2002 heb ik de Kamer toegezegd dat op het moment dat er middelen beschikbaar zijn te kijken of deze voor onderzoek in de palliatieve zorg kunnen worden aangewend. Wel kan een beroep worden gedaan op de financiering via projectaanvragen bij VWS en via projectprogramma's bij bijvoorbeeld ZonMW. Door het NPTN kan een aanvraag voor projectsubsidie worden ingediend. Wel zal bij de beoordeling van aanvragen voor projectsubsidie gekeken worden naar de beschikbare middelen, de toepasbaarheid van het eindproduct en of dit past in het gevoerde beleid.

Ten aanzien van een keurmerk voor zorgaanbieders (kwaliteitsverbetering/certificering) kan ik melden dat hiervoor het initiatief en verantwoordelijkheid bij de sector zelf ligt. Dat is een goede zaak, maar overigens is er vanuit VWS hier geen bemoeienis mee.