

Vergaderjaar 2003–2004

**29 540**

**Jaarverslagen over het jaar 2003**

**Nr. 89**

## **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 14 juni 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft over het jaarverslag 2003 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (kamerstuk 29 540, nr. 34) de navolgende vragen ter beantwoording aan de regering voorgelegd.

Deze vragen, alsmede de daarop op 11 juni 2004 gegeven antwoorden, zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Blok

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Van Nieuwenhoven (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruitter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

1

*Kan de regering toelichten waarom de door de Algemene Rekenkamer geconstateerde onzekerheid over de volledigheid van de ouderbijdragen bij de jeugdhulpverlening (€ 14,2 miljoen) door de invoering van de Wet op de Jeugdzorg volledig zal worden weggenomen?*

Op dit moment bestaat er onzekerheid of zogenaamde erkende plaatsers al hun plaatsingen bij zorgaanbieders melden bij het Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen (LBIO) en is er geen sluitende controle. Dit is de reden dat er onzekerheid over de volledigheid van de ontvangsten bestaat. Met de Wet op de Jeugdzorg is voor een plaatsing een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg (BJZ) noodzakelijk. Met BJZ en provincies worden afspraken gemaakt over de levering van gegevens over indicatiestellingen aan het LBIO, zodat er geen onzekerheid meer bestaat of het LBIO over alle meldingen beschikt en is de controle wel sluitend.

2

*De regering kiest met name voor het aanpakken van (verschijnselen van) ongezond gedrag: roken, overgewicht en diabetes. Kan de regering aangeven welke resultaten zij heeft bereikt op deze onderscheiden terreinen? Welke concrete activiteiten heeft de regering in 2003 ondernomen met betrekking tot de voorlichting, vroegtijdige opsporing en begeleiding van diabetes? Welke streefcijfers heeft de regering ten aanzien van diabetes voor 2003 geformuleerd? Zijn de doelstellingen van de regering op dit terrein gehaald?*

Ten aanzien van diabetes waren in de begroting 2003 geen concrete doelstellingen en streefwaarden opgenomen. Op 5 december 2002 is de motie Buijs c.s., (Tweede Kamer 2003–2004, 28 600 XVI, nr. 59) aangenomen. Met deze motie verzoekt de Kamer een plan van aanpak te ontwikkelen, waarbij voorlichting, vroegtijdige opsporing bij risicogroepen alsmede goede medicatiebegeleiding bij diabetes kan worden verwezenlijkt. De regering heeft daarna de «Nota Langer gezond leven; Ook een kwestie van gezond gedrag» (Tweede Kamer 2003–2004, 22 894, nr. 20) uitgebracht op 31 oktober 2003. Deze nota vormt de basis voor het ontwikkelen en uitvoeren van concrete preventie-activiteiten die eerst in 2004 gestalte zullen krijgen. Met het RIVM worden momenteel indicatoren ontwikkeld waaraan streefcijfers worden gekoppeld. Deze cijfers zullen worden gehanteerd bij onder meer het diabetesactieprogramma dat eveneens in ontwikkeling is. In juni zal de Kamer via een brief over de diabetesproblematiek worden geïnformeerd waaronder de stand van zaken en aanpak van het diabetesbehandelprogramma. De regering heeft op 3 april 2003 de Gezondheidsraad gevraagd advies uit te brengen over screening op diabetes type II. Het advies wordt uiterlijk begin najaar 2004 verwacht. Wat betreft de aanpak van roken verwijs ik naar het antwoord op vraag 11 en voor de aanpak van overgewicht naar het antwoord op vraag 17.

3

*Ouders krijgen betere informatie over het Rvp. Hoe komt de regering tot deze conclusie? Heeft de regering tevens onderzoek gedaan naar de klanttevredenheid over de verstrekte informatie in het kader van het Rvp?*

In het verleden is er onderzoek verricht naar de tevredenheid met het voorlichtingsmateriaal in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Op meerdere punten waren er wensen ter verbetering, zowel van de zijde van ouders als van de uitvoerders van het RVP. Ook vanuit de betrokken organisaties, zoals de Landelijke Vereniging van Entadministraties en het RIVM kwamen signalen dat de voorlichtingsmaterialen aan verbetering toe waren. Gezamenlijk is de conclusie getrokken dat de bestaande voorlichtingsmaterialen verouderd waren,

onvolledig (weinig aandacht voor bijwerkingen), weinig professioneel, en dat de voorlichting te versnipperd plaatsvond.

Voorlichting wordt beschouwd als het instrument om met name de kritische ouders te overtuigen van nut en noodzaak van vaccinatie.

Medio 2003 is het RIVM gevraagd de voorlichting en communicatie over het RVP te coördineren. Dit verzoek is voortvarend opgepakt. Er is een nieuwe set van voorlichtingsmaterialen gemaakt: een algemene folder, specifieke folders per ziekte waartegen wordt gevaccineerd (10), een aparte folder over de veiligheid van de vaccinaties (bijwerkingen), de website is volledig vernieuwd ([www.rijksvaccinatieprogramma.nl](http://www.rijksvaccinatieprogramma.nl)), een periodieke en op actualiteit afgestemde nieuwsbrief wordt uitgegeven voor de uitvoerenden, en de ontwikkeling van bij- en nascholingsmateriaal voor uitvoerenden is opgepakt.

Ook bij deze nieuwe voorlichtingsmaterialen die vanaf april 2004 beschikbaar zijn, is al – zij het nog niet volledig – bekeken of hiermee tegemoet wordt gekomen aan de wensen op dit terrein en hoe tevreden men is. De resultaten zijn tot dusverre (zeer) positief.

4

*Op 1 januari 2006 moet het elektronische medicatiedossier van start gaan. De zorgpas gaat per 1 januari 2005 van start. Wat staat daar dan eigenlijk op? Wat is er in 2003 precies gebeurd om de zorgpas te introduceren per 1 januari 2005? Wat was daarin de rol van de overheid en wie hebben daar nog meer een rol in vervuld? Wat waren de kosten van deze voorbereiding in 2003? Waarom wordt invoering van het EMD nu een jaar vertraagd?*

Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) werkt met vele anderen aan een landelijk elektronisch medicatiedossier (EMD). Dit EMD moet op 1 januari 2006 gereed zijn. Er is geen sprake van vertraging. Bij de start van NICTIZ is deze datum als doel gesteld.

Er gaat per 1 januari 2005 geen zorgpas van start. Onder het begrip zorgpas worden vaak verschillende zaken verstaan. Bedoeld wordt waarschijnlijk een UZI-pas, waarmee zorgverleners uniek geïdentificeerd worden. Doel van de UZI-pas is om een veilige en betrouwbare toegang tot patiëntgegevens mogelijk te maken. De basis voor UZI-passen is het UZI-register. Het landelijke UZI-register moet per 1 januari 2005 gerealiseerd zijn. VWS is opdrachtgever voor het UZI-register en het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (aCIBG) is uitvoerder. De uitvoering geschiedt in nauwe afstemming met de werkzaamheden van NICTIZ. De voorbereidingskosten voor UZI-register in 2003 bedroegen € 1 086 000.

5

*«Per 1 juli 2004 zijn de landelijke producten afgerond». In tegenstelling tot de planning is de invoering van de DBC's wederom een half jaar uitgesteld. Is het waar dat de oorspronkelijke planning uitging van invoering per 1 januari 2003? Waarom is het uitstel inmiddels opgelopen tot 2 jaar? Hoe heeft de regering zich telkenmale zo kunnen vergissen? Wat heeft de regering gedaan om het laatste uitstel te voorkomen? Had de regering dit uitstel kunnen voorzien? Hoe voorkomt de regering wederom uitstel? Wat is de analyse van de regering waarom deze doelstelling niet is gerealiseerd? Zijn de overheidsinstrumenten toereikend? Wat is de financiële investering in de DBC's tot dusverre en hoeveel raamt de regering dat dit systeem nog gaat kosten?*

In 2000 is door toenmalig minister Borst de Stuurgroep DBC 2003 geïnstalleerd, die zich richtte op integrale vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg per 1 januari 2003. In september 2002 besloot toenmalig minister Bomhoff om per 1 januari 2003 te starten met een DBC-experiment met vrije prijzen voor 17 diagnosegroepen (105 DBC's). Dit experiment is in de

zomer van 2003 geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie heb ik in september 2003 besloten tot een invoeringsmodel dat per 1 juli 2004 zou leiden tot de invoering van DBC's voor de hele ziekenhuisproductie. Daarbij blijft negentig procent van de productie voorlopig nog binnen de garantie van het ziekenhuisbudget, waarvoor vaste WTG-tarieven gelden. Voor tien procent van de productie gelden vrije prijzen en een vast uurtarief voor medisch specialisten. De regering koos daarmee voor een zorgvuldig en behoedzaam invoeringsscenario. Gezien de brede instemming die dit invoeringsmodel van zowel de veldpartijen als van uw Kamer heeft gekregen, heeft het instellen van een experiment daarmee voor mij zijn nut bewezen.

Op 26 maart jongstleden bent u geïnformeerd over de getrapte implementatie van DBC's per 1 januari 2005. De belangrijkste reden voor het uitstel is dat ik kies voor zorgvuldigheid. Dit gaat boven snelheid. We moeten ons er goed van bewust zijn dat de invoering van DBC's een majeure operatie is, die ingrijpt op zeer veel aspecten rondom de ziekenhuiszorg. Ik heb er daarom voor gekozen om meer tijd in te bouwen voor onder andere de juridische grondslagen van het systeem en voor de implementatie binnen de instellingen.

De integrale invoering van de DBC-systematiek wordt gerealiseerd per 1 januari 2005. De huidige overheidsinstrumenten zijn onvoldoende om deze doelstelling te halen. Daarom stelt de regering voor de Ziekenfondswet te wijzigen op het punt van de contracteerplicht (wetsvoorstel herziening overeenkomstenstelsel zorg) en de Wet tarieven gezondheidszorg te wijzigen. Beide wetsvoorstellen zijn inmiddels aan uw Kamer voorgelegd. Deze wetsvoorstellen zijn cruciaal voor de invoering van de DBC's per 1 januari aanstaande.

In de periode van 2000 t/m heden is er circa € 147 miljoen uitgegeven. Hiervan heeft circa € 40 miljoen betrekking op de ontwikkeling van DBC's en ruim € 100 miljoen betrekking op subsidies aan instellingen, die met name betrekking hebben op ICT-investeringen. Deze investeringen waren zonder de DBC-introductie waarschijnlijk ook noodzakelijk geweest. Het DBC-systeem zal continu onderhouden moeten worden. Ook zal er na de invoering nog een doorontwikkeling van het systeem plaatsvinden. De precieze kosten hiervan zijn nog niet bekend. Dit zal worden bezien in samenhang met de noodzakelijke activiteiten.

6

*Hangt het onderzoek naar de werkdruk en tijdbesteding van medische specialisten niet helemaal samen met de invoering van de DBC's, omdat het uurtarief onderdeel uitmaakt van de DBC? Hoe kan het dan dat pas resultaten in 2004 worden verwacht? Hoe had de regering dit willen integreren in het B-segment van de DBC-systematiek die oorspronkelijk per 1 juli 2004 zou ingaan als financiering?*

Het onderzoek naar de werkdruk van medisch specialisten wordt inderdaad uitgevoerd in het kader van de DBC-invoering. In segment B wordt het honorarium voor medisch specialisten bepaald door het product van uurtarief en normtijd per DBC. De doelstelling van de werkdrukmeting is het koppelen van werkdruk aan DBC's. Hiertoe worden normtijden opgesteld en gevalideerd. Bij de berekening van het macroneutrale uurtarief wordt gebruik gemaakt van resultaten uit de werkdrukmeting. De afronding van het onderzoek was voorzien voor het eerste kwartaal van 2004. Deze planning bleek echter door een late aanlevering van gegevens niet haalbaar te zijn voor alle specialismen. Dit is één van de redenen geweest voor uitstel van de DBC-invoering. Het huidige invoeringsmodel voor DBC's geeft ruimte voor afronding van de werkdrukmeting.

7

*Het kabinet Balkenende-II mikt nu op 1 januari 2006 als invoeringsdatum voor de aanpassing van het verzekeringsstelsel. Hoe komt de regering tot deze doelstelling in de tijd? Aan de aanpassing van het verzekeringsstelsel zijn ook sturingswijzigingen gekoppeld. Hoeveel marge heeft de regering? Waarop is deze marge gebaseerd?*

Het kabinet streeft er naar de noodzakelijke vernieuwingen ook daadwerkelijk en zonder onnodig tijdverlies door te voeren. De invoering van een nieuw zorgverzekeringsstelsel is een van de noodzakelijke voorwaarden voor het succesvol kunnen realiseren van sturingswijzigingen in de zorg. Voor de nabije toekomst zijn daarbij relevant de wetsvoorstellen HOZ, WTZi en WTG ExPres. Deze drie wetsvoorstellen voorzien in het kader dat het mogelijk maakt om wat betreft de sturing van zorg de overgang naar gereguleerde marktwerking geleidelijk en beheersbaar door te voeren. Dit dereguleringsproces zal nog een groot aantal jaren in beslag nemen. Hoe eerder in dat proces het nieuwe verzekeringsstelsel in werking is, des te vroeger kunnen verdergaande stappen in de deregulering worden gezet. Waar – in de tussentijd – de grens ligt tussen nog net wel en net niet meer (verantwoord) kunnen dereguleren zal van situatie tot situatie verschillen.

8

*De minister heeft in een Algemeen Overleg voor de zomer 2003 aangegeven dat de honoreringsstructuur van de huisarts wordt gewijzigd. Dit heeft de minister overigens herhaald in het algemeen overleg begin 2004. Wat heeft de regering in 2003 gedaan ter aanpassing van de honoreringsstructuur van de huisarts? Welke rol vindt de regering dat zij hierin heeft? Wat zijn de instrumenten die de regering ter beschikking staan om deze structuur aan te passen aan de eisen van deze tijd? Waarom heeft de regering hierin nog niets bereikt?*

In 2003 hebben partijen aangegeven hun eigen verantwoordelijkheid te willen nemen bij de ontwikkeling van een bekostigingssysteem huisartsen. Zorgverzekeraars Nederland en de Landelijke Huisartsen Vereniging hebben daarom zelf verzocht om een toekomstbestendige bekostigingstructuur huisartsen te ontwikkelen.

Bij de beoordeling van dit nieuwe bekostigingssysteem heb ik een aantal randvoorwaarden gesteld in mijn brief van november 2003 «De toekomstbestendige eerstelijnszorg», die tevens deels gebaseerd zijn op de adviezen van commissie Tabaksblat. In deze randvoorwaarden wordt onder andere gesteld dat het bekostigingssysteem betere prikkels moet bevatten om de honorering van de huisartsenzorg beter af te stemmen op de aard en de zwaarte van het takenpakket («loon naar werken») en tevens de juiste stimulansen bevatten voor kwalitatief goed en doelmatig handelen («loon naar prestatie»). Ook zal er meer ruimte moeten zijn voor lokale differentiatie.

Ik heb tevens in mijn brief aangegeven dat ik, indien ZN en de LHV er samen niet uit zouden komen, het CTG een aanwijzing zou sturen voor de ontwikkeling van een bekostigingsmodel.

Eerder, dus tot 2004, is als gevolg van de kabinetswisselingen vertraging ontstaan met betrekking tot de wijziging van de bekostigingsstructuur.

9

*Straks krijgt de apotheker een basistarief voor de standaardtaken van de apotheek. Welk moment staat daarbij voor ogen? Wordt de apotheker betaald naar de standaardtaken en aanvullende zorgtaken, of blijft er een inkomensbron uit de handel bestaan?*

Het voornemen is om per 1 januari 2005 een nieuw, modulair tariefstelsel voor apotheekhoudenden in te voeren, waarbij gedacht wordt aan

een Basispakket farmaceutische zorg en aparte en optioneel te contracteren aanvullende vormen van farmaceutische zorg- en dienstverlening, zogeheten «plusmodules».

Tot het Basispakket farmaceutische zorg behoort het klaarmaken en afleveren van geneesmiddelen, inclusief de bewaking op juistheid van de medicatie en de voorlichting en begeleiding bij het gebruik van het geneesmiddel. Tot de plusmodules behoren activiteiten als het monitoren van patiëntencategorieën en het voorschrijfgedrag van artsen, het verlenen van een farmaceutisch consult, deelname aan FT(T)O en het uitvoeren van projecten op het gebied van de farmaceutische patiëntenzorg. Zorgverzekeraars en apothekhoudenden kunnen lokaal afspraken maken over de precieze invulling van deze modules. Deze afspraken moeten worden vastgelegd in de individuele overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekhoudenden.

Ter onderbouwing van dit tariefsysteem zal nog dit jaar een uitgebreid onderzoek plaatsvinden naar de praktijkkosten van apothekhoudenden en de inkomsten uit apotheektarieven en inkoopvoordelen. De uitkomsten van dit onderzoek dienen ter onderbouwing van adequate maximumtarieven voor het Basispakket en de diverse modules, waarbij wordt opgemerkt dat van aanpassing van de tarieven pas sprake kan zijn indien voldoende transparantie is verkregen ten aanzien van de inkoop van geneesmiddelen door apothekhoudenden en indien de huidige en toekomstige inkoopvoordelen worden doorgegeven aan de patiënt of diens verzekeraar.

10

*Is de regering tevreden over wat in 2003 is bereikt op het terrein van de distributiestructuur van geneesmiddelen? Hoe structureel werken deze maatregelen door? Verstoren deze maatregelen de allocatie van geneesmiddelen? Ontstaan er als gevolg van deze maatregelen kunstmatige markten?*

De regering is tevreden over de ontwikkelingen op het terrein van de distributiestructuur van geneesmiddelen. In 2003 zijn nieuwe distributeurs tot de markt toegetreden (bijv. de Etos-formule), zijn initiatieven ontplooid ten aanzien van het distribueren van geneesmiddelen met gebruik van internet en hebben zorgverzekeraars daarop ingespeeld via het sluiten van medewerkersovereenkomsten met internetapotheken en het aanbesteden van apotheken. Dergelijke initiatieven verstoren niet de allocatie van geneesmiddelen, maar maken de allocatie naar mijn mening juist marktgericht en efficiënter. De prijs-kwaliteitverhouding gaat omhoog en inefficiënties worden uit het systeem gedrukt waardoor de ziektekostenpremie minder hoeven te stijgen.

11

*Kan de regering aangeven waarvoor de € 10,0 miljoen (motie Werner) precies is ingezet, en welke resultaten er met de inzet van deze middelen op het gebied van tabakspreventie zijn bereikt?*

In het projectplan «Rookvrij» is op hoofdlijnen weergegeven hoe de middelen voor 2003 besteed zouden worden. Dit projectplan is op 13 juni 2003 aan de Kamer gezonden (kenmerk: POG/GB 2381235). De middelen voor 2003 zijn als volgt ingezet.

*Het beschermen van de niet-roker:*

- voorlichting over en ondersteuning bij de invoering van de rookvrije werkplek;
- bijdrage aan het traject naar een rookvrije sport;
- intensiveren van activiteiten rond de rookvrije school;
- intensiveren van de handhaving.

*Het voorkomen dat jongeren gaan roken:*

- campagne «Kinderen kopiëren»;
- rookvrije school (lessen over roken en klassikale niet-rokenafspraken);
- jongerencampagne.

*Het stimuleren dat mensen stoppen met roken:*

- campagne «Nederland start met stoppen»;
- uitbreiding ondersteuning bij stoppen met roken (startpakket voor stoppers, telefonische ondersteuning, advies op maat, etc.).

Het is nog te vroeg om de precieze resultaten van de inzet van deze middelen aan te geven. In de loop van 2004 en begin 2005 zullen de evaluaties van de verschillende projecten beschikbaar komen. De recente brief aan de Kamer over de uitvoering van de Tabakswet (kenmerk: VGB/GB 2482793) geeft onder meer een beschrijving van de invoering van de rookvrije werkplek, het rookvrije personenvervoer en de eerste resultaten van de campagne «Nederland start met stoppen».

Ook is inmiddels duidelijk dat het aantal rokers in 2003 is gedaald ten opzichte van 2002 van 30,7% naar 29,9% (STIVORO, jaarverslag 2003). Begin 2005 zullen de cijfers beschikbaar komen over onder andere het aantal rokers en de verkoop van tabaksproducten in 2004.

12

*Kan de regering het verschil in realisatie en raming van bijna € 170 miljoen toelichten? Was dit niet eerder te voorzien geweest? Waarom niet? Wat zal er beter gaan nu er een basispakket jeugdgezondheidszorg is geïntroduceerd en waarom?*

Nagenoeg het grootste deel van het verschil is te verklaren door een overheveling vanuit de premiemiddelen in verband met de introductie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg per 1 januari 2003. Als gevolg van de integratie van de jeugdgezondheidszorg onder regie van de gemeenten, zijn de tot dusverre beschikbare AWBZ-middelen overgeboekt naar de VWS-begroting. Via de Regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (RSU) zijn deze gelden aan de gemeenten beschikbaar gesteld. De regie van de uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg is in één hand gebracht bij de gemeenten. Door de invoering van het basistakenpakket is de kwaliteit en continuïteit in de uitvoering van de jeugdgezondheidsdienst beter geborgd. De uitvoering van het basistakenpakket onder gemeentelijke regie heeft grote voordelen. Enerzijds wordt de toegankelijkheid en de kwaliteit gewaarborgd, anderzijds heeft gemeentelijke regie tot gevolg dat meer samenhang, afstemming en samenwerking tot stand komt tussen de jeugdgezondheidszorg en (jeugd)voorzieningen uit de directe lokale omgeving.

13

*Hoe lagen in 2003 beleidsmatig de prioriteiten van dit onderdeel, in geval de doelstellingen tegenstrijdig zijn? Bijvoorbeeld: informatievoorziening verbeteren, daarvoor prestaties meten en publiceren = verzwaring van de administratieve lasten.*

Door de informatiebehoefte scherp te formuleren kan de informatievraag worden beperkt tot de essentie. Hierdoor neemt de kwaliteit van de beschikbare informatie van de overheid toe en nemen de administratieve lasten van het bedrijfsleven en de zorginstellingen af.

Overigens is het éne beleidsdoel (het verbeteren van de informatievoorziening) niet ondergeschikt aan het andere (de vermindering van de administratieve last). Onze opdracht luidt het verbeteren van de transparantie in de zorg onder gelijktijdige vermindering van de administratieve lasten.

*De regering stelt voor 2004 hoge, concrete doelstellingen. Juist op gedragseffecten, waarvan bekend is dat ze moeilijk zijn te beïnvloeden. Wat beweegt de regering om hieraan deze ambitieuze cijfers te koppelen? De regering kiest de bevoogdende weg. Als de doelstellingen niet worden gehaald, welke conclusies trekt de regering daar dan uit?*

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 (VTV-2002) van het RIVM liet duidelijk zien dat ongezond gedrag de belangrijkste oorzaak is voor de stagnerende gezondheidsgroei in Nederland. De regering heeft er daarom voor gekozen om ambitieus in te zetten op het stimuleren van gezond gedrag. Het uitgangspunt van het preventiebeleid is dat de burger in de eerste plaats zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar gedrag. Dit brengt met zich mee dat er geen sprake zal zijn van bevoogding. Andere partijen kunnen de burger ondersteunen door voorwaarden te creëren die de gezonde keuze gemakkelijker maken, bijvoorbeeld in de vorm van voorlichting of aanpassing van de omgeving. Daar waar burgers door hun gedrag een gevaar vormen voor anderen zullen normen meer dwingend opgelegd worden. Een belangrijk doel van de nieuwe Tabakswet die 1 januari 2004 in werking is getreden, is bijvoorbeeld de bescherming van de niet-roker.

Gedrag wordt door vele factoren bepaald. Bovendien is gedragsverandering een zaak van lange adem. De inspanningen worden door ons gemonitord en geëvalueerd. Aan de hand daarvan zal – in het geval een doelstelling niet gehaald mocht worden – worden bepaald of een beleidswijziging nodig is.

*Waarom heeft de regering niet gekozen voor een meer integrale aanpak, die uitgaat van stimuleren van gewenst gedrag? Daarmee samenhangend, waarom is de regering niet begonnen met de belemmeringen, die in de loop der jaren fors zijn toegenomen, weg te nemen? Daarbij kan worden gedacht aan het verbouwen van steden en dorpen, waardoor het steeds moeilijker wordt om spontaan en veilig te bewegen, het geven van sportlessen in het onderwijs, waardoor sport niet als straf wordt gezien, maar als onderdeel van het dagelijkse leven wordt opgenomen, het stimuleren van het vrijwilliger zijn, in plaats van het te straffen door hen uitvoerder te maken van en verantwoordelijk voor overheidsregulering, zoals de Tabakswet en de Drank- en Horecawet, enzovoorts. Hoe pakt de minister zijn coördinerende taak in dezen op ten aanzien van de andere ministeries? Wat heeft de regering opgenomen voor doelstellingen over gezondheidspreventie ten aanzien van de andere beleidsterreinen?*

De regering kiest wel degelijk voor een integrale aanpak waarbij het bevorderen van gewenst gedrag centraal staat. Dit wordt bekrachtigd in de kabinetsnota «Langer gezond leven; ook een kwestie van gezond gedrag» die op 31 oktober 2003 aan de Tweede Kamer is aangeboden (Tweede Kamer 2003–2004, 22 894, nr. 20). Deze nota beschrijft het preventiebeleid voor de jaren 2004–2007. Gezond gedrag is een belangrijk middel om te komen tot gezondheidswinst onder de bevolking. De burger is primair zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag. De regering stimuleert met de tot haar beschikking staande instrumenten dat het gewenste gedrag gemakkelijker wordt. Ook andere partijen zoals gemeenten en industrie worden opgeroepen om vanuit de eigen verantwoordelijkheid een bijdrage te leveren.

Het ministerie van VWS coördineert het thema preventie op het gebied van volksgezondheid als geheel, dus ook interdepartementaal. Op veel deeltherreinen wordt samengewerkt met één of meerdere andere departementen, zoals bij arbeid en gezondheid, alcohol en verkeer, milieu en

gezondheid, letselpreventie, zorg-ICT, voedselveiligheid en schoolgezondheidsbeleid.

De in de vraag bedoelde belemmeringen worden betrokken bij de uitvoering van de preventienota.

De samenwerking is meer of minder structureel en kan variëren van input leveren bij de ontwikkeling van beleid tot gezamenlijke uitvoering van actieprogramma's. Concrete interdepartementale actiepunten op het terrein van preventie in 2003 waren: uitwerken van het concept Gezonde School, vervolg van het project Sociale Zekerheid en Zorg, uitwerking van het actieprogramma Gezondheid en Milieu, inbedden van gezondheid in het Grote Stedenbeleid en het ontwikkelen van een programma voor een sociale impuls in 56 achterstandswijken. Als structureel samenwerkingsverband is nog te noemen de Operatie JONG.

16

*Worden aan de gelden die in nieuwe overlegstructuren van gezondheidsbevorderende instituten worden gestoken indicatoren verbonden, waarmee de effectiviteit van de overlegvorm wordt beoordeeld?*

De gememoreerde overlegstructuren vergen geen beleidsbudget. Overigens zal overleg, dat mocht blijken niet effectief te zijn, worden beëindigd.

17

*Kan de regering cijfermatig aangeven wat de resultaten waren van de campagnes die worden beschreven op blz. 37 en 38? Als er resultaten zijn geboekt, waaruit blijkt dan dat die zijn te danken aan deze campagnes? Wat hebben deze campagnes precies gekost? Kan de regering aangeven waarom deze weg volgens haar de meest effectieve is in de strijd tegen ongezond gedrag? Zijn dit alle campagnes op het terrein van de gezondheidsbevordering die zijn gevoerd met overheidsmiddelen? Is er in 2003 nog sprake geweest van sponsoring om de doelstellingen te verwezenlijken? Zo ja, wat is voor hoeveel gesponsord? Wat waren daarvoor de beweegredenen? Wat zijn de resultaten, en hoe worden die aan deze sponsoring toegeschreven? Hoeveel euro heeft de overheid in 2003 binnengehaald aan tabaksaccijnzen? Hoeveel heeft de overheid in 2003 binnengehaald aan accijnzen op alcoholische drank? Hoeveel subsidie heeft de Europese Unie in 2003 verleend aan het produceren van tabak? Wat heeft de regering in 2003 gedaan om dit Europese subsidiebeleid ter discussie te stellen? Wat is het oordeel van de regering over enerzijds de subsidiëring op Europees niveau van tabaksproductie en anderzijds de investeringen op nationaal niveau om gebruik te ontmoedigen? Waar worden deze Europese tabaksproducten zoals verkocht?*

De resultaten van de voorlichtingscampagnes zijn nog niet ten volle beschikbaar; deze worden opgenomen in de reguliere subsidieverantwoording over 2003 van de gezondheidsbevorderende instituten aan ZonMw en VWS. De nu al wel beschikbare (voorlopige) gegevens – bijvoorbeeld over de invoering van de rookvrije werkplek, minder alcoholmisbruik onder jongeren, een lager percentage rokers en minder rijden onder invloed – zijn over het algemeen positief. Op het terrein van gezonde leefstijlen voeren we samenhangend beleid (voorlichting, hulpverlening, zelfregulering, wetgeving en handhaving); daarom zijn de geboekte resultaten een gevolg van de ingezette mix van beleidsinstrumenten (en dus niet altijd eenvoudig en direct toe te schrijven aan een bepaalde campagne). Toch kunnen bepaalde positieve resultaten wel degelijk worden toegeschreven aan de gevoerde campagnes, onder meer aan de hand van onderzoek door de Rijksvoorlichtingsdienst. Het budget van alle gezondheidsbevorderingscampagnes met overheidsgeld bedroeg in 2003 in totaal € 14,5 miljoen (ZonMw leefstijlcampagneprogramma: € 4,5 miljoen; eenmalig extra budget voor tabakspreventie ingevolge

motie Werner: € 10 miljoen). De regering is niet van mening dat voorlichtingscampagnes de meest effectieve manier zijn om te bevorderen dat mensen gezonder gaan leven, maar huldigt de opvatting dat integraal en samenhangend beleid tot de beste resultaten leidt.

Ik neem aan dat u met sponsoring doelt op de besteding van subsidies door STIVORO. Ik heb daar in antwoord op vragen van kamerleden Schippers en Van Miltenburg op gereageerd (20300408200).

De accijnsopbrengsten van alcohol en tabak in 2003 bedroegen respectievelijk € 966 miljoen en € 1802 miljoen. De Europese Commissie kon de EU-tabaksteeltsubsidiebedragen op korte termijn niet aan mij beschikbaar stellen. De Nederlandse regering heeft een kritisch standpunt over met name dit onderdeel van het EU-landbouwsubsidiebeleid en dit is ingebracht in het besluitvormingstraject in Brussel.

Het moge duidelijk zijn dat het subsidiëren van tabaksteelt niet spoort met het ontmoedigen van tabaksgebruik, zowel nationaal als in EU-kader. Het is mij niet bekend waar de in EU-lidstaten geteelde tabak wordt verkocht.

18

*Hoe verklaart u de dalende vaccinatiegraad in het licht van uw doelstelling de vaccinatiegraad boven de 95 procent te behouden? Is naast het behouden van de vaccinatiegraad boven de 95 procent ook tot doel gesteld de dalende trend om te buigen in een stabiele of stijgende trend?*

De vaccinatiegraad daalt sinds enkele jaren licht (enkele tienden van procenten per jaar), en vooral voor de categorie zuigelingen. Overigens is de vaccinatiegraad nog altijd op hetzelfde niveau als medio negentiger jaren. De lichte daling treedt vooral op door een toename van de groep kritische ouders die twijfelen aan nut en noodzaak van het RVP. De Inspectie voor de Gezondheidszorg vermoedt dat dit komt door onvoldoende kennis van de ziekten waartegen wordt gevaccineerd. De ernst van ziekten waartegen wordt gevaccineerd, is bijna vergeten.

Zoals reeds verwoord in het antwoord op vraag 3 wordt voorlichting als het instrument beschouwd om met name deze ouders te overtuigen. Voor de ondernomen activiteiten verwijs ik naar het antwoord op vermelde vraag. Hiermee wordt beoogd de licht dalende trend om te buigen. Het effect is nog niet te beoordelen.

De ontwikkeling van de vaccinatiegraad zal de komende jaren nauwgezet worden gevolgd. Alertheid is geboden aangezien door de afnemende vaccinatiegraad individuele kinderen risico lopen. Bovendien neemt daarvoor het risico van epidemieën toe doordat dan de groepsbescherming vermindert. Het RIVM waarschuwde daarom dat tijdige vaccinatie belangrijk is om te voorkomen dat deze ziekten weer de kop opsteken (denk bijvoorbeeld aan de recente RIVM-informatie over polio).

19

*Kunt u aangeven welke gevolgen de afnemende intensiteit (per 1 maart 2003) van de hepatitis-B vaccinatie van zuigelingen (rapport Gezondheidsraad) van hepatitis-B-dragende moeders heeft voor de realisatie van de begroting? Welke kosten-batenanalyse in termen van gezondheidsrisico's is hier gemaakt?*

De vaccinatie van kinderen van moeders die draagster zijn van het hepatitis B-virus betreft een kleine groep van ca. 1000 kinderen per jaar (rapport Gezondheidsraad Vaccinatie van kinderen tegen Hepatitis B van 11 augustus 2003). De wijziging van het vaccinatieschema die per 1 maart 2003 is ingevoerd naar aanleiding van een advies van het CVZ – waarbij de kinderen in plaats van vier nog drie prikken kregen – heeft op de realisatie een effect van ca. € 22 000,-.

Overigens heb ik inmiddels op basis van het eerdergenoemde advies van de Gezondheidsraad besloten het aantal prikken per kind weer terug te

brengen naar vier (Tweede Kamer 2003–2004, 22 894, nr. 31), waarmee de kosten in 2005 weer terug zullen komen op het oude niveau. Reden voor deze wijziging is dat de Gezondheidsraad op basis van het gezondheidsrisico voor deze specifieke groep een vaccinatie direct na de geboorte adviseert. Daarbij is geen kosten-batenanalyse gemaakt.

20

*Kunt u aangeven of en zo ja hoeveel budget is besteed aan de hepatitis-B-preventie in zorginstellingen, teneinde het personeel en patiënten te behoeden voor infectie met het virus?*

Ik heb geen inzicht in het budget dat door zorginstellingen besteed is aan hepatitis B-preventie. Wat betreft de veiligheid van patiënten heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg geconcludeerd dat eind december 2003 in meer dan 80% van de ziekenhuizen een adequaat preventiebeleid aanwezig was. De overige ziekenhuizen zijn bezig het preventiebeleid te implementeren. Bij de IGZ bekende privé-klinieken en ZBC's waar risicovormende handelingen worden uitgevoerd, bleek eind 2003 het preventiebeleid op orde (Rapport Preventie van Iatrogene Hepatitis B, maart 2004). Op de risico's voor medewerkers is nader ingegaan bij de beantwoording van Kamervragen van mevrouw Arib (PvdA) over hepatitis-B besmetting d.d. 19 mei 2004 (2030411030).

21

*In hoeverre zijn middelen voor ten behoeve van vaccinatie aangewend voor onderzoek, dan wel concreet beleid ten aanzien van de hepatitis C-preventie, met het oog op de toenemende besmetting in Europa (met name onder drugsgebruikers)?*

Het Nationaal Hepatitis Centrum is samen met drie instellingen voor verslavingszorg een haalbaarheidsstudie gestart naar opsporing en behandeling van druggebruikers die besmet zijn met hepatitis C. Deze studie wordt gefinancierd door VWS en begeleid door het Trimbos Instituut.

Een hepatitis C-behandeling is langdurig en intensief en vereist de nodige inspanning, zowel van de patiënt als van de begeleiding. De studie onderzoekt wat de succes- en faalfactoren zijn om tot bevredigende resultaten te komen.

Daarnaast heeft VWS het RIVM opdracht gegeven om, op basis van beschikbare gegevens, een schatting te maken van het aantal Nederlanders dat besmet is met hepatitis C in de verschillende risicogroepen (polytransfusees, intraveneuze druggebruikers, allochtonen) en in de algemene bevolking. Op basis hiervan is het beter mogelijk om te beoordelen op welke manier preventiemaatregelen, zoals bijvoorbeeld voorlichting, moeten worden ingezet en wat het te verwachten resultaat hiervan is voor elk van de genoemde (risico)groepen.

22

*Wat heeft de regering in 2003 concreet gedaan om het dalend aantal vaccinaties (afnemende deelname aan het RVP) te keren? Is dat – naar het oordeel van de regering – voldoende geweest?*

Zie het antwoord op vraag 18.

23

*Hoe is bepaald hoeveel mensen te maken hebben met erfelijke hypercholesterolemie (FH) om zo de doelstelling te kunnen stellen 75 procent te willen opsporen in 2008? Kunt u aangeven welk percentage inmiddels is opgespoord?*

Op grond van internationale epidemiologische gegevens kan worden uitgegaan van een incidentie van ongeveer 1:400 à 500. Dit is ongeveer 32 500 à 40 000 mensen. Het CVZ gaat er in zijn berekeningen van uit dat per 1 januari 2003 nog 22 500 FH-patiënten opgespoord moesten worden. De ervaring van de screening tot nu toe heeft geleerd dat daartoe een drie maal groter aantal personen moet worden getest (67 500). Het programma loopt tot eind 2010. Dat betekent dat in de resterende 7 jaren gemiddeld 9600 personen per jaar worden getest. De doelstelling is dat 75% van de opgespoorde FH-patiënten adequaat wordt behandeld volgens de op dat moment geldende standaard voor behandeling van hypercholesterolemie. Per 1 januari 2004 zijn er 16 000 mensen met FH opgespoord.

24

*De regering heeft in 2003 besloten een landelijk diabetesprogramma te ontwikkelen. Wat is de stand van zaken van dit programma? Waarop zijn de activiteiten van dit programma concreet gericht? Waaraan wordt het succes van dit programma concreet afgemeten?*

Zie het antwoord op vraag 2.

25

*In hoeverre heeft de verplichting voor gemeenten te komen tot een nota Gezondheidsbeleid geleid tot een toegankelijker en kwalitatieve zorg op lokaal niveau?*

De verplichting voor gemeenten via de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid om te komen met een nota Gezondheidsbeleid bestaat nu bijna één jaar. Het is nog te vroeg om nu al resultaten te verwachten op het gebied van gezondheidsbeleid op lokaal niveau. Gemeenten zijn net begonnen de geplande activiteiten op dit gebied uit te voeren. Daadwerkelijke effecten op de lokale preventieve gezondheidszorg zijn – afhankelijk van de aard van de genomen maatregelen – pas te verwachten korte of langere tijd nadat het beleid daadwerkelijk is geëffectueerd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal dit jaar een onderzoek uitvoeren naar de implementatie van de nota's. Volgens een peiling van GGD Nederland hebben in het kader van integraal beleid wel veel gemeenten – circa 60% – het bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg als onderwerp in het beleid opgenomen. Ongeveer evenveel gemeenten noemen het terugdringen of voorkomen van een tekort aan eerstelijnszorg als onderdeel van het gezondheidsbeleid.

26

*In hoeverre heeft gezondheidsbeleid in bedrijven geleid tot terugdringing van de zorgkosten en tot verbetering van de gezondheidspositie van de beroepsbevolking?*

Er zijn geen studies beschikbaar die de relatie van een preventief gezondheidsbeleid op de werkplek en het terugdringen van zorgkosten kwantificeren. Gezien het vele beleid dat zich richt op de gezondheid van werknemers, is het moeilijk om deze relatie te analyseren. Het beleid van VWS en SZW is erop gericht om ziekteverzuim terug te dringen, wat overigens eveneens zal leiden tot terugdringen van de zorgkosten. Er is daarom wel kennis m.b.t. effectiviteit van preventief gezondheidsbeleid, gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) op het terrein van ziekteverzuim.

Uit een Europese studie blijkt dat het ziekteverzuim daalde bij 18 van de 23 bedrijven die een gecombineerde aanpak van ziekteverzuim hanteren. Aan de hand van een groot Nederlands onderzoek van het NIGZ bij vier GBW-voorbeeldprojecten bleek per geïnvesteerde euro de winst door

verzuimreductie in twee jaar € 2,50 te bedragen. Inmiddels wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de effectiviteit van gezondheidsbeleid binnen bedrijven. Dit kan helpen werkgevers over de streep te trekken om in preventie te investeren.

NIGZ-Werk en Gezondheid is betrokken bij een internationale kosten-baten studie. Hierin wordt genoemd dat betrokken bedrijven een reductie van Health Care Costs hebben gerealiseerd door GBW. De studie laat vooralsnog zien dat op onderdelen van gezondheidsmanagement de kosten en baten in financiële zin al goed inzichtelijk te maken zijn. Er zijn diverse instrumenten om te berekenen hoeveel bezuinigd kan worden door verzuimreductie, beperking van WAO-instroom en snellere reïntegratie.

TNO Arbeid inventariseert in 2004 de *business-case* (kosten-baten analyse) van bedrijven die integraal gezondheidsbeleid toepassen. Tot slot heeft VWS aan TNO Arbeid een meerjarige opdracht gegeven prestatie-indicatoren te ontwikkelen om de effectiviteit te beoordelen van het beleid van VWS, van werkgevers en van zorgverleners ter behoud en bevorderen van de gezondheid van werknemers.

Wat betreft de verbetering van de gezondheidspositie van werknemers, blijkt uit voornoemde studies dat een actief gezondheidsbeleid ook tot andere effecten leidt, te weten een toename van motivatie, betrokkenheid en gezondheidsbewustzijn van het personeel. Daarnaast bieden werkgevers bepaalde faciliteiten, die variëren van activiteiten die gezondheidsbevorderend (bedrijfsfitness) of gezondheidsbeschermend (griepvaccinatie, diabetestest) werken of het herstel na uitval versnellen (bedrijfsfysiotherapie).

27

*De WCPV verplicht elke gemeente om vanaf 1 juli 2003 haar ambities voor het gezondheidsbeleid vast te leggen in een gemeentelijke nota Gezondheidsbeleid. Heeft de regering inzicht in de succes- en faalfactoren bij het al dan niet tijdig tot stand komen van de lokale nota's Gezondheidsbeleid? Welke activiteiten heeft de regering in 2003 ontplooid om de gewijzigde WCPV adequaat te implementeren? Op welke wijze worden de ambities van gemeenten als weergegeven in het lokale gezondheidsbeleid getoetst aan de landelijke prioriteiten?*

Het kabinet heeft via ondermeer de Stuurgroep Nationaal Contract OGZ een aantal activiteiten ondernomen om de gewijzigde WCPV goed te implementeren: Van oktober 2000 – juli 2003 liep het project «Van intenties naar inhoud; versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid». Dit project, gefinancierd door het Fonds OGZ, was met name bedoeld om gemeenten te ondersteunen bij het ontwikkelen van gezondheidsbeleid en het schrijven van de gemeentelijke nota. Concrete ondersteuning werd ondermeer geboden in de vorm van kwartiermakers, die het laatste jaar gemeentes daadwerkelijk ondersteunden bij het opstellen van de nota. Via dit project is ook bekend wat de successen faalfactoren waren bij het opstellen van de nota's. Succesfactoren: het regionaal doorontwikkelen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid kan vaak efficiënter en effectiever op bovenlokaal niveau, het aansluiten bij ontwikkelingen waar vaart en energie in zit (wonen, zorg, welzijn, jeugdbeleid), bevlogen portefeuillehouders, het ontwikkelen van integraal gezondheidsbeleid verbreedt de interne voedingsbodem en draagvlak voor het lokale gezondheidsbeleid en tenslotte intergemeentelijke samenwerking en afstemming over de inzet en de rol van de GGD in het ontwikkelen van het lokaal gezondheidsbeleid. Faalfactoren: het ontbreken van beleids capaciteit en budget, een goede afbakening en positionering van het lokaal gezondheidsbeleid, het goed concretiseren van het beleid en de beperkte informatievoorziening vanuit GGD-en. Daarnaast financiert VWS de implementatie van genaamde «instrumentenkoffers», die gemeenten nader informeren en

ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van gemeentelijk gezondheidsbeleid. De Stuurgroep Nationaal Contract OGZ heeft ook een project gefinancierd om gemeenten te ondersteunen bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid gericht op het bevorderen van Gezond Leven en het inlopen van gezondheidsachterstanden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat na of gemeenten tijdig zorgdragen voor een nota gezondheidsbeleid, of deze alle WCPV-taken behandelt en of de voornemens in deze nota's voldoende doorwerken in de uitvoering van de gemeentelijke taken. De IGZ zal daarnaast inventariseren in hoeverre de prioriteiten bij de lokale nota aansluiten bij die in de landelijke nota. De landelijke nota gezondheidsbeleid is richtinggevend voor de lokale nota's en kan gemeenten behulpzaam zijn bij het opstellen van hun eigen nota. Daarnaast kunnen de gemeentelijke nota's bijdragen aan het behalen van de doelstellingen van de landelijke nota. Dit is voor VWS reden om gemeente te ondersteunen bij het implementeren van de lokale nota's voor zover deze aansluiten bij de landelijke prioriteiten. Recent hebben de VNG (in samenwerking met het netwerk bestuurders gezonde gemeenten), GGD Nederland en het NIGZ principe-afspraken gemaakt over de wijze waarop gezondheidsbevorderende instituten gemeenten hierbij kunnen ondersteunen. Jaarlijks zullen GGD Nederland en het NIGZ een gezamenlijk werkprogramma maken waarin een koppeling gemaakt wordt tussen gemeentelijk beleid en landelijke prioriteiten op het terrein van gezondheidsbevordering. Uitgangspunt daarbij zijn bewezen interventies op het terrein van gezondheidsbevordering in de locale setting. VWS zal dit werkprogramma beoordelen op het bijdragen aan de beoogde doelstellingen binnen de VWS-subsidiegelden ten behoeve van het NIGZ. Gemeenten hebben echter ook de vrijheid om in hun lokale nota deels andere prioriteiten op te nemen dan landelijk vastgesteld, maar ik ben er van overtuigd dat alle gemeenten doordrongen zijn van de drie nationale prioriteiten ten aanzien van roken, diabetes en overgewicht.

28

*Wanneer zullen de resultaten van het onderzoek naar de Kamer worden gezonden van het tekortschietende gebruik van de mogelijkheid voor artsen, een opleiding maatschappij en gezondheid te volgen? Wat zijn de effecten van de mogelijkheid de opleiding te volgen op de lokale kwaliteit van zorg?*

Ik heb de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) gevraagd om met een projectgroep onder leiding van het College Sociale Geneeskunde (CSG) samen met het veld een korte inventarisatie te verrichten van de knelpunten die er zijn rond de opleiding arts, maatschappij en gezondheid en de opleidingsbehoefte op dit terrein en hierbij zoveel gebruik te maken van reeds bestaande informatie. Op basis van deze informatie zal door VWS in overleg met de betrokken partijen besluitvorming plaatsvinden over de invulling van de opleiding arts, maatschappij en gezondheid. De aanbevelingen van de projectgroep over de structuur van opleidingen en beroepen op het terrein van maatschappij en gezondheid zullen input vormen voor de werkzaamheden van de door mij op 1 april jl. geïnstalleerde Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) die de opdracht heeft om de komende vijf jaar een samenhangende structuur van opleidingen en beroepen in de zorg in te voeren. Ik zal de Kamer schriftelijk informeren zodra hierover meer duidelijkheid is. VWS heeft een indirecte verantwoordelijkheid voor het waarborgen van de kwaliteit van de opleidingen in de zorg. De beroepsgroepen zijn direct verantwoordelijk voor de invulling van de curricula. De opleidingen in de zorg vormen de basis voor de professionaliteit en de deskundigheid van

de professionals die de zorg leveren en dragen daarmee ook bij aan de lokale kwaliteit van zorg.

29

*Op welke wijze wordt tot op heden de regionale volksgezondheid in kaart gebracht en op welke wijze wordt het preventiebeleid hierop afgestemd?*

GGD's hebben de taak regionale informatie over volksgezondheid in kaart te brengen. Die taak is vastgelegd in de Wet op de collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Gemeenten krijgen aan de hand van de door de GGD's verzamelde gegevens inzicht in de belangrijkste gemeentelijke gezondheidsproblemen en kunnen de inhoud van hun volksgezondheidsbeleid afstemmen op de gemeentelijke gezondheidssituatie.

Tot nu toe is de wijze waarop GGD's de gegevens verzamelen niet uniform. Hierdoor kunnen gegevens tussen gemeenten niet met elkaar worden vergeleken. In het kader van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid worden de vraagstellingen geüniformeerd, zodat gegevens wel vergelijkbaar zijn.

Uiteraard kunnen gemeenten en GGD's ook gebruik maken van de door VWS gefinancierde Atlas Volksgezondheid ([www.rivm.nl/vtv](http://www.rivm.nl/vtv)). Hierdoor ontstaat ook uniformering.

Wanneer de Lokale en Nationale Monitor operationeel wordt kunnen regionale vergelijkingen worden gemaakt. Die zullen ondermeer worden gebruikt om de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) op te stellen. De uitkomsten van de vierde VTV, die verschijnt in 2006, vormen de basis voor de volgende landelijke preventienota.

30

*Op welke termijn worden de effecten van maatregelen ten aanzien van productveiligheid en letselpreventie verwacht, en op welke termijn wordt de Kamer in staat gesteld te reageren op de resultaten van deze aspecten van het preventiebeleid?*

Een belangrijke indicator voor dit beleidsterrein is het aantal medische behandelingen van slachtoffers van ongevallen in de privé-sfeer. De in het jaarverslag genoemde streefcijfers hebben betrekking op de periode tot en met 2006. Hoewel het aantal medische behandelingen van deze ongevallen continu wordt gemonitord, is het alleen zinvol om trends te berekenen over langere perioden. In het jaarverslag van VWS over 2006 zal over deze trends gerapporteerd worden.

De effecten van maatregelen op dit terrein zijn ook aan de orde geweest tijdens het Algemeen Overleg over de nota Langer gezond leven; Ook een kwestie van gezond gedrag.

31

*Kunt u aangeven wat de reden is voor het niet uitvoeren van het Warenwetbesluit voor wat betreft de brandveiligheid van kleding? Op welke termijn is realisatie hiervan te verwachten en welke extra uitgaven heeft het uitstel tot gevolg?*

Aan de Kamer is door mijn voorganger minister Borst toegezegd regelgeving te ontwikkelen om evident brandgevaarlijke kleding van de markt te weren. Hiertoe is uitvoerig overleg gevoerd met het bedrijfsleven en andere betrokkenen. Ook heeft de Voedsel en Warenautoriteit (VWA) een advies uitgebracht over dit onderwerp. Daarop heb ik besloten om brandgevaarlijke kleding te verbieden op grond van het reeds bestaande veiligheidsartikel (artikel 18, onderdeel c) in de Warenwet. Daarom komt er geen aparte AMvB waarin het handelsverbod wordt geregeld. Hiermee geldt per direct een handelsverbod op alle extreem brandgevaarlijke kleding. Er zijn dus geen extra uitgaven als gevolg van het uitstel van het

besluit. Ik heb de VWA de opdracht gegeven om toe te zien op de naleving van dit handelsverbod en hierover met het bedrijfsleven van gedachten te wisselen.

32

*Kunt u aangeven hoe u in de subsidiëring van het Voedingscentrum (en aanverwante regels) heeft trachten te voorkomen dat belangenverstrengeling is ontstaan tussen de stichting Voedingscentrum Nederland (VCN) en de voedingsmiddelenindustrie, gezien het feit dat de VCN onder meer wordt geleid door voormalig topmensen uit die voedingsmiddelenindustrie?*

De eerste kernwaarde die het VCN heeft geformuleerd is «onafhankelijk, integer en betrouwbaar». De onafhankelijke status wordt op de volgende wijze geborgd. Allereerst wordt het VCN vrijwel geheel gefinancierd door de Nederlandse overheid, i.c. de ministeries van VWS en LNV. Het Jaarplan van het VCN dient goedgekeurd te worden door deze departementen. Daarnaast bewaakt de Raad van Toezicht het onafhankelijke karakter van het VCN. In de vraag wordt gesuggereerd dat het VCN wordt geleid door voormalige topmensen uit de voedingsmiddelenindustrie. Het is waar dat de directeur van het VCN eind jaren 80 enige jaren in dienst is geweest van het bedrijf Lever Industrial. Het betreft hier evenwel een non-food bedrijf.

33

*Op welke termijn zullen de gegevens aan de Kamer beschikbaar worden gesteld voor wat betreft de te bereiken effecten op het gebied van voedselveiligheid en op welke manier zal de Kamer in de gelegenheid worden gesteld hierop te reageren?*

Hieronder per beleidsdoelstelling zoals genoemd in het jaarverslag de bereikte effecten zover bekend en/of de wijze waarop de Kamer hierover wordt geïnformeerd.

**Voedselveiligheid: voeding en levensmiddelen**

De langetermijndoelstelling voor dioxine is een terugdringen van de gehalten tot het historische achtergrondniveau. In 2003 is een nieuwe monitoringsronde voor moedermelk en de dioxine-inname van de Nederlandse consument gestart. De resultaten hiervan zullen in 2005 bekend worden en aan de Kamer zal over deze trends gerapporteerd worden via het jaarverslag.

De beleidsdoelstelling dat voedingsmiddelen afkomstig van genetisch gemodificeerde organismen (ggo's) veilig moeten zijn, is niet in kwantitatieve zin te onderbouwen. De veiligheid van ggo's in Nederland is geborgd door de Nederlandse inzet bij het totstandkomen van de nieuwe EU-Verordeningen (1829/EU en 1830/EU), die eind 2004 zijn gepubliceerd. Over de realisatie van deze beleidsdoelstelling is gerapporteerd onder het kopje «instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken» op pagina 49 van het jaarverslag.

**Voedselveiligheid: veterinaire beleid en levensmiddelenhygiëne**

De beleidsdoelstelling dat de kringloop van belangrijke ziekten die van mens en dier kunnen overgaan dient te worden doorbroken, is niet in kwantitatieve zin te onderbouwen. Over de realisatie van de beleidsdoelstelling is gerapporteerd onder het kopje «instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken» op pagina 50/51 van het jaarverslag. De mate waarin de belangrijkste zoönosen, inclusief BSE, zich voordoen, is in 2003 gemeten. Dit om te kunnen beoordelen of de huidige, veelal Europese, maatregelen de volksgezondheid voldoende beschermen. De resultaten van de BSE-monitoring worden jaarlijks aan de Kamer gemeld. Residuen én resistentie van diergeneesmiddelen zijn het afgelopen jaar door de VWA gemeten. Dit om vast te stellen dat de gezondheid van de

consument geen gevaar loopt. Jaarlijks worden het Nationaal Plan Residuen (van o.a. diergeneesmiddelen) en de bevindingen in het kader van het Nationaal Plan Residuen gerapporteerd aan Brussel. Desgewenst kunnen deze resultaten ook aan de Kamer worden meegedeeld. De resultaten omtrent de ontwikkeling van resistentie tegen antibiotica in het veterinaire domein zijn gebundeld in het MARAN 2002-rapport en gepubliceerd op de website van de VWA.

Het afgelopen jaar is het huidige systeem voor het onschadelijk maken van dierlijke afval aan de hand van een risicobeoordeling geëvalueerd. De conclusie van deze evaluatie was dat het huidige systeem voldoet. De publicatie wordt binnenkort gepubliceerd en desgewenst aan de Kamer toegestuurd.

De beleidsdoelstelling dat het gebruik van dierproeven verantwoord dient plaats te vinden, is niet in kwantitatieve zin te onderbouwen. Over de realisatie van de beleidsdoelstelling is gerapporteerd onder het kopje «instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken» op pagina 49 van het Jaarverslag 2003.

De Kamer is twee jaar geleden geïnformeerd over het beleid op het gebied van voedselinfecties (Tweede Kamer 2001–2002, 26 991, nr. 64). Hierin zijn lange termijn doelstellingen geformuleerd. Het streven is om voedselinfecties zoveel mogelijk te voorkomen. In de komende jaren zullen het maatschappelijk aanvaardbare aantal en ernst van voedselinfecties verder worden ingevuld, deze zijn nog niet kwantitatief weer te geven. Over de realisatie van de beleidsdoelstelling is gerapporteerd onder het kopje «instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken» op pagina 50/51 van het Jaarverslag 2003. Zie tevens het antwoord op vraag 34.

34

*Wat wordt verstaan onder het project «hygiëne in de keuken» van het Voedingscentrum, welke beleidsdoelen worden hiermee gerealiseerd, en welke kosten zijn hiermee gemoeid?*

Een belangrijke beleidsdoelstelling is een vermindering van het aantal voedselinfecties bij mensen, die onder andere veroorzaakt worden door Salmonella en Campylobacter. Deze beleidsdoelstelling kan bereikt worden door vermindering van de kans op besmet voedsel (met name pluimveevlees) in een aantal fasen in de voedselproductieketen.

Zowel in de primaire fase als in de verwerkingsfase is ontwikkeling van nieuwe wetgeving in volle gang, waardoor de besmetting van producten met ziekteverwekkende bacteriën zal verminderen.

Krachtige maatregelen en adequate normstelling zijn inmiddels door het Ministerie van VWS in gang gezet. Verwacht wordt dat deze krachtige maatregelen gericht op het zoveel mogelijk terugdringen van de besmetting van kipvlees een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van het aantal van Salmonella en Campylobacter infecties bij de mens. Aangezien lopende en voorgenomen wettelijke maatregelen niet zullen leiden tot volledige afwezigheid van ziekteverwekkende bacteriën in levensmiddelen, is risicobewustwording van de consument en een goede informatie over veilige bereiding en bewaring van voedsel in de privé keuken van groot belang voor vermindering van het aantal voedselinfecties. Om de aandacht van de consument opnieuw op deze risico's van besmette levensmiddelen en hoe hiermee om te gaan te richten, is het Voedingscentrum in 2003 in opdracht van VWS gestart met gerichte risicobewustwording van de consument en een voorlichtingscampagne met betrekking tot het verantwoord bewaren en bereiden van besmette levensmiddelen in de privé-huishouding: het project hygiëne in de keuken. Dit project heeft in principe een looptijd van drie jaar. Per jaar wordt vastgesteld met welk doel en op welke wijze de consument wordt benaderd over hygiëne in de keuken. De uitgangssituatie en de effecten

van de campagnes worden gemeten door middel van consumentenonderzoek. In 2004 is hiermee circa 70 000 euro gemoeid.

35

*Kunt u aangeven wat wordt verstaan onder het steviger implementeren van de patiëntenwetten, teneinde de rechtspositie van patiënten te verstevigen? Welke concrete doelstellingen liggen hieraan ten grondslag, en welke targets zijn binnen welke termijn hiertoe behaald?*

Uit de verschillende evaluatieonderzoeken van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen komt als een rode draad naar voren dat de wetten op zich voldoen, maar dat de praktijk handvatten nodig heeft om de vertaalslag te maken van de abstracte wettelijke norm naar een concrete toepassing in de praktijk. Vandaar dat het beleid inzet op implementatie: samen met het veld instrumenten en hulpmiddelen vinden en ontwikkelen die de toepassing in de praktijk bevorderen. De concretisering van deze doelstelling vindt onder anderen plaats door het implementatieproject WGBO van de KNMG, waarvan de resultaten op 16 juni naar buiten worden gebracht; in het kader van dit project is een aantal hulpmiddelen ontwikkeld voor patiënten en hulpverleners. De hulpmiddelen voor de patiënt zijn bedoeld als voorlichtingsmateriaal en als steun voor de patiënt bij het voeren van gesprekken met een arts; voor de hulpverleners is er onder andere een checklist over informatie en toestemming gemaakt, die als geheugensteun kan functioneren gedurende het behandeltraject. Een volgende concretisering betreft de uitvoering van het Implementatieplan WMCZ, een plan dat bedoeld is om de inspraak van cliënten binnen instellingen beter te laten functioneren. Dit plan loopt van 2003 tot 2007. Door samen met het veld uitwerking te geven aan de wet door middel van implementatie wordt de rechtspositie van de patiënt verbeterd en versterkt.

36

*Wanneer mag een standpunt worden verwacht aangaande de uiteenlopende kosten en organisatiewijze van cliëntenraden in Nederland? (voortvloeiend uit de motie Arib 28 600 XVI nr. 52)*

In de brief van 1 maart jl. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200 XVI, nr. 190) is de Kamer geïnformeerd over de problematiek van de financiering van cliëntenraden. Daarbij is aan de Kamer het onderzoeksrapport van KPMG toegezonden inzake de kosten van cliëntenraden. Het beeld dat uit dit onderzoek naar voren kwam is dat de praktijk zo gevarieerd en divers is, dat men onrecht zou doen aan die diversiteit wanneer men zou trachten hiervoor een uniforme regeling te maken. Tevens is aan de Kamer medegedeeld dat in de tussentijd met de diverse veldpartijen overleg gevoerd wordt om de verschillende mogelijkheden en problemen te bespreken. Naar verwachting zal de Kamer in september nader worden geïnformeerd.

37

*De regering heeft afgezien van kaderwetgeving voor informatie over de kwaliteit van het aanbod en de dienstverlening van instellingen. Waarom heeft de regering hiertoe, in weerwil van hetgeen in de begroting 2003 werd aangekondigd, besloten? Wat zijn de ervaringen met het afsluiten van convenanten in 2003 geweest? Hoe beoordeelt de regering de informatie over de kwaliteit van het aanbod en de dienstverlening?*

Op 8 juni 2004 heeft de Tweede Kamer de «beleidsbrief nota Met zorg kiezen» met kenmerk Z/TPC/EPC-U-2462483 ontvangen. In deze brief is de stand van zaken, inclusief achtergronden en verdere aanpak, met betrek-

king tot keuze-informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders nader toegelicht.

Om, vooruitlopend op wet- en regelgeving, tijdig resultaten te behalen, aan te sluiten bij de eigen verantwoordelijkheid van veldpartijen en de betrokkenheid van veldpartijen te waarborgen, streeft VWS ernaar dat veldpartijen (verzekeraars, aanbieders en andere betrokken partijen) convenanten afsluiten.

In de af te sluiten convenanten staan afspraken over de totstandkoming van structurele voor burgers toegankelijke keuze-informatie. De regering is van mening dat keuze-informatie een voorwaarde is voor een goed functionerende markt. Het eerste convenant in dit kader is in 2003 afgesloten in de sector verzorging en verpleging tussen Arcares, de Landelijke organisatie cliëntenraden (LOC), ouderenbonden, de stichting Alzheimer Nederland en de Consumentenbond. In 2004 en latere jaren in het streven dat meer sectoren convenanten afsluiten.

Veldpartijen blijken vaak terughoudend te zijn met het voor burgers openbaar maken van keuze-informatie, uit angst een onvolledig of onjuist beeld te geven. Dit is een reëel risico, maar niet onoverkomelijk. Er zijn wel initiatieven en kleinschalig onderzoek, maar deze laten geen integrale vergelijking toe. De terughoudendheid van partijen mag VWS er echter niet van weerhouden om daadwerkelijke stappen te zetten. Daarom gaat het Ministerie van VWS de gewenste ontwikkelingen aanjagen. Hierbij is geen sprake van vrijblijvendheid. Zo nodig gaat VWS alsnog over op wet- en regelgeving om onwillige partijen te dwingen. VWS beziet nog op welke wijze dit wordt geoperationaliseerd. Aan partijen die vanuit VWS financiering ontvangen wordt als voorwaarde gesteld dat zij meewerken aan keuze-informatie voor burgers.

Het Ministerie van VWS gaat, in de transitiefase, actief bevorderen dat de betrokken partijen de beschikbare informatie verzamelen en voor zorggebruikers toegankelijk maken. Hierbij spelen onder meer ZonMw, de Consumentenbond en de NPCF een belangrijke rol. Uitgangspunt is dat gegevens worden verzameld uit bestaande bronnen, zoals de gegevens van de IGZ, benchmarks en feitelijke gegevens van aanbieders en verzekeraars. Daarnaast gaat het om de oordelen van zorggebruikers. Voor zover nodig worden hiervoor meetinstrumenten ontwikkeld of aangepast. Het gaat hierbij steeds om gegevens die zorggebruikers van belang vinden om te kunnen kiezen.

In eerste instantie concentreert het Ministerie van VWS zich op vergelijkende informatie over zorgverzekeraars, met het oog op de voorgenomen nieuwe zorgverzekeringswet. Daarnaast willen we zowel in de cure als de care vergelijkende informatie over zorgaanbieders tot stand brengen. Met betrekking tot ziekenhuizen/medisch specialisten, huisartsen, verpleging en verzorging/thuiszorg, GGZ/verslavingszorg en gehandicaptenzorg beziet het Ministerie van VWS welke concrete stappen op korte termijn mogelijk zijn. Hierbij wordt de al beschikbare informatie uit diverse bronnen gebundeld, waaronder de «IGZ-indicatoren» die instellingen openbaar maken.

De investeringen in financiële zin in burgerinformatie zijn onderdeel van beleidsartikel 1 (zie het Jaarverslag VWS 2003 pag. 55). Zo wordt een deel van de door Fonds PGO verstrekte subsidies door organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen geïnvesteerd in informatie over de zorg. Overige investeringen in burgerinformatie zijn onderdeel van andere VWS-beleidsartikelen, bijvoorbeeld de investeringen in kennisinstituten, die beschikken over informatie die voor burgers relevant is.

38

*In hoeverre wordt is doelstelling gerealiseerd te komen tot convenanten met verzekeraars, sectoren en andere betrokken partijen ten behoeve van toegankelijke keuze-informatie voor burgers?*

Zie het antwoord op vraag 37.

39

*De regering probeert via de weg van convenanten te komen tot structurele voor burgers toegankelijke keuze-informatie. Wat zijn de concrete voorwaarden die zijn gesteld aan dit proces, in de zin van: tijdsduur waarbinnen een en ander wordt gerealiseerd, kwaliteitseisen aan de informatie, omvang van de informatie en de toegankelijkheid en zijn er afspraken over wat gebeurt als deze convenanten niet of onvoldoende tot stand komen. Is de regering voornemens om alsnog de vrijblijvendheid vaarwel te zeggen en concrete doelen te stellen. Heeft de regering voldoende instrumenten om de doelen te bereiken? Wat kan de regering bijvoorbeeld doen in de financiering om de druk op te voeren? Deelt de regering de mening dat inzicht in kwaliteit, omvang, prijs en dienstverlening van het zorgaanbod en de zorgverzekering een voorwaarde is voor een goed functionerende markt? Een burger heeft informatie nodig om te kunnen «stemmen met de voeten»/te kunnen kiezen. Hoe garandeert de regering dat deze informatie adequaat, voldoende en tijdig ter beschikking van de burger komt? Zijn er nog maatregelen in dit kader die de regering voornemens is te nemen? Wat heeft de regering in 2003 hieraan in financiële zin geïnvesteerd?*

Zie het antwoord op vraag 37.

40

*Zorgverzekeraars hebben het keurmerk voor goed verzekeraarschap niet verder opgepakt. Welke beweegredenen liggen hieraan te grondslag? Hoe heeft de regering op dit besluit gereageerd? Wat was de stand van zaken eind 2003 met betrekking tot de ontwikkeling van een keurmerk voor thuiszorginstellingen?*

Met de omschrijving «Goed verzekeraarschap» wordt gewoonlijk de Gedragscode van de zorgverzekeraar bedoeld. Deze code bevat een aantal waarden en normen voor de uitvoering van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars Nederland heeft deze code enige jaren geleden ontwikkeld en geregeld vinden hierop aanvullingen en aanpassingen plaats. Iedere zorgverzekeraar heeft aangegeven zich aan de gedragscode te zullen houden.

Belangrijker is een goed functioneren van de verzekerdenmarkt en het toegankelijk maken van vergelijkbare informatie over verzekeraars die verzekerden in staat moeten stellen een goede keuze tussen hen te maken. In het Jaarbeeld zorg 2003 is in paragraaf 7.4.1 weergegeven hoe binnen het toezicht prestatie-indicatoren worden ontwikkeld om het werk van zorgverzekeraars te beoordelen. Deze informatie zal de Consumentenbond benutten om per verzekeraar een reportcard op te stellen die duidelijke keuze informatie voor verzekerden bevat.

De sector thuiszorg kent een eigen ISO/HKZ-certificatieschema. 46 Instellingen zijn volgens dit schema momenteel gecertificeerd. Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), de koepel van commerciële thuiszorgaanbieders, voegt aan dit schema haar gedragscode (o.a. solide bedrijfsvoering) toe en koppelt daar haar eigen BTN-keurmerk aan vast. Momenteel hebben 20 van de 70 leden dit keurmerk en de verwachting is dat dit halverwege 2004 tot 30 zal aangroeien. Alle leden van de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT) hebben het LVT keurmerk. De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) is samen met partijen bezig een volgende versie van het normenschema thuiszorg te maken, mede door introductie van uitkomstindicatoren. Verder staat een normenschema op stapel voor (particuliere) bemiddelingsbureaus in de thuiszorg. Het bestaande schema voor de Regionale Indicatie Organen

(toewijzing thuiszorg) zal na besluitvorming over de centralisatie hiervan, zo nodig aangepast worden.

41

*In 2003 heeft ZonMw een bijdrage verstrekt gekregen om programma's uit te voeren en te ontwikkelen. Is het subsidiebedrag van € 28 miljoen voor 2003 voldoende geweest om de lopende projecten uit te voeren? Zo nee, waaraan zijn eventuele onder- dan wel overschrijdingen toe te schrijven?*

ZonMw heeft in 2003 een bedrag van € 52,8 miljoen ontvangen om programma's uit te voeren en te ontwikkelen. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:

- structurele bijdrage van € 28,6 miljoen;
- een incidentele bijdrage van € 18,5 miljoen: Uit een liquiditeitsprognose in 2002 is naar voren gekomen dat de middelen voor ZonMw onvoldoende waren om de lopende programmering te kunnen financieren, terwijl aan de Tweede Kamer was toegezegd bij de behandeling van de financiële verantwoording over het jaar 2001 dat op het lopende onderzoek niet bezuinigd wordt;
- additionele programma's € 5,7 miljoen.

Met deze middelen kon ZonMw in 2003 al haar verplichtingen voldoen.

42

*Wat moet naast de items «consumenten- en productveiligheid»; en de «positie patiënt en patiëntenbeweging» exact worden gevat onder het kopje «waarvan specifiek uitkeringen» in de tabel «budgettaire gevolgen van beleid» bij het eerste beleidsartikel?*

Het betreft de uitvoering van de Tijdelijke regeling specifieke uitkering Jeugdgezondheidszorg (TRSU). Hierbij krijgen alle Nederlandse gemeenten met ingang van 1 januari 2003 een uitkering om het uniforme deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg uit te voeren. Deze specifieke uitkering vormt onderdeel van het totaal aan beschikbare middelen voor de operationele doelstelling «kwaliteit en toegankelijkheid lokaal gezondheidsbeleid».

43

*Hoe verklaart u de zesvoudige overschrijding van het gebudgetteerde voor wat betreft de gezondheidsbevordering en bescherming?*

Het grootste deel van de overschrijding (€ 167 miljoen) is te verklaren door een overheveling vanuit de premiemiddelen in verband met de introductie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg per 1 januari 2003. Als gevolg van de integratie van de jeugdgezondheidszorg onder regie van de gemeenten, zijn de tot dusverre beschikbare AWBZ-middelen overgeboekt naar de begroting. Via de Regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (RSU) zijn deze gelden aan de gemeenten beschikbaar gesteld.

44

*Kunt u de budgetoverschrijding in de sector curatieve zorg specificeren?*

De totale uitgaven voor de sector curatieve zorg waren geraamd op € 15 963,3 miljoen. De voorlopige realisatie 2003 komt uit op € 17 656,9 miljoen.

Het verschil van € 1693,6 miljoen wordt verklaard door:

a) De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 530,1 miljoen).

Dit is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming voor de totale onder de Wet ziekenhuis-

voorzieningen (WZV) vallende instandhoudingsbouw en de mutaties in de (saldo)post vrijvallende kapitaallasten.

b) De volumemutaties tot en met de Najaarsbrief Zorg 2003 bedroegen € 808 miljoen.

Deze mutaties zijn toegelicht in de Voorjaarsbrief Zorg 2003, de VWS-begroting 2004 en de Najaarsbrief Zorg 2003.

c) De tegenvallers sinds de Najaarsbrief Zorg 2003 bedragen € 119 miljoen en komen voort uit:

- een extra overschrijding bij de ziekenhuizen en medisch specialisten (ten opzichte van de eerder in de Najaarsbrief 2003 gemelde € 50 miljoen) van € 26,0 miljoen;
- de bij Najaarsbrief 2003 geconstateerde verwachte meevaller van € 40 miljoen bij de extramurale sectoren (huisartsen, tandartsen en fysiotherapie) deed zich niet voor. Daarentegen is bij de kraamzorg een tegenvaller van € 28,4 miljoen opgetreden. Deze komt voort uit het aantrekken van de kraamzorgmarkt omdat er geen grote arbeidsmarktknelpunten meer zijn en er meer zorg in naturopakketten wordt geleverd. Tevens was er op de overige extramurale sectoren sprake van een kleine meevaller;
- de overige curatieve sectoren (ambulances, zittend ziekenvervoer en overige instellingen, waaronder huisartsenlaboratoria) laten evenals vorige jaren een sterke uitgavenstijging zien. Dit leidde tot een overschrijding van € 32,3 miljoen.

d) Technisch/statistische mutaties van € 48,0 miljoen.

e) De inhaal in de financieringsachterstand was begroot op € 195,5 miljoen maar de realisatie bedroeg € 384,0 miljoen. Dit leidt tot € 188,5 miljoen hogere BKZ-uitgaven.

Zie tevens het Jaarbeeld Zorg 2003, pagina 83.

45

*Waardoor heeft de realisatie van de tuchtcolleges voor rechtsbescherming van patiënten – onder beheer van Justitie – vertraging opgelopen, en wanneer denkt u dat dit alsnog gerealiseerd zal worden?*

In mei 2002 is het advies van de interdepartementale werkgroep «tuchtrechtspraak ingevolge de Wet BIG» aangeboden aan de ministeries van VWS en Justitie. Het advies bevat een model voor beheersmatige organisatorische inbedding van de tuchtcolleges bij de gerechten van Justitie. Het doel hierbij is om een financieel en organisatorisch goed beheersbaar systeem voor tuchtrecht op te zetten.

Het uitstel wordt veroorzaakt door de wijziging van het wettelijk kader per 1 januari 2002. Sinds die datum vormt de Raad voor de rechtspraak de schakel tussen de Minister van Justitie en de gerechten. De verhouding tussen de minister van Justitie en de Raad diende eerst uit te kristalliseren voor gewerkt kon worden aan de organisatorische inbedding van de medische tuchtcolleges bij de gerechten. Inmiddels is besloten dat het baten/lasten-stelsel per 1 januari 2005 wordt ingevoerd bij de gerechten, waardoor een duidelijke kostenstructuur ontstaat en een beter zicht ontstaat op de kosten van de medische tuchtcolleges. Overigens functioneren de medische tuchtcolleges overeenkomstig het wettelijk kader. Het gaat hier slechts om de organisatorische inbedding van de medische tuchtcolleges bij de gerechten. De rechtsbescherming van de patiënten is volledig gewaarborgd.

46

*Hoe verklaart u de enorme toename van aantallen afgedane tuchtzaken?*

De cijfers 2003 zoals opgenomen in tabel 2 van het rijksjaarverslag waren berekend door middel van extrapolatie van de eerste drie kwartalen. Na

ontvangst van de jaarverslagen van de verschillende tuchtcolleges over 2003 luiden de realisatiecijfers als volgt:

**Tabel 1 – Afgedane zaken**

	Realisatie 2002	Realisatie 2003
Centraal Tuchtcollege	312	242 *
Regionaal Tuchtcollege Den Haag	179	246
Regionaal Tuchtcollege Amsterdam	214	266
Regionaal Tuchtcollege Eindhoven	174	206
Regionaal Tuchtcollege Zwolle	128	214
Regionaal Tuchtcollege Groningen	74	106
Totaal	1 081	1 280

\* In 2003 werden door het Centraal Tuchtcollege 242 zaken afgedaan, tegen 312 in 2002. Deze daling is te verklaren uit het relatief geringe zaakaanbod in 2002. De verwachting is dat 2004 weer een herstel zal laten zien van het aantal afgedane zaken, omdat in 2003 meer zaken zijn afgedaan door de regionale tuchtcolleges.

Uit deze cijfers kan afgeleid worden dat er in 2003 inderdaad sprake was van een toename van het aantal afgedane zaken bij de regionale colleges. De verklaring hiervoor is erin gelegen dat er sprake is van een toename van het aantal ingediende klachten bij alle regionale colleges.

47

*Kunt u aangeven in hoeverre de investeringen in uitbreiding van opleidingsplaatsen voor huisartsengeneeskunde hebben geredeneerd? Hoe verhouden de extra investeringen zich met de toename van het aantal plaatsen en is dit voldoende om het enorme huisartsentekort dat dreigt te ontstaan, te ondervangen? Worden de lange termijn doelstellingen gehaald indien de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen gelijke tred houdt met de uitbreiding in 2003?*

De constatering dat er sprake zou zijn van een «enorm huisartsentekort» dient mijns inziens te worden genuanceerd. Helder is dat er sprake is van een tekort aan huisartsen, maar de omvang hiervan is niet zo omvangrijk als wordt gesteld. Het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen is de laatste jaren fors uitgebreid. In 2003 is het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsengeneeskunde verder uitgebreid tot 500 (was 466 in 2002).

«Opleiden wat er mogelijk is» is het motto voor overheid en partijen uit het veld. Toch was de instroom in de huisartsenopleiding in 2003 lager dan geraamd. De bottleneck is het afnemende aantal gekwalificeerde gegadigden dat in de huisartsenopleiding wil instromen. Door extra opleidingsplaatsen te creëren voor medisch specialistische opleidingen is er ook concurrentie met de specialistenopleiding.

De aanpak van het probleem zal daarom een bredere inzet moeten hebben. Taakherschikking en de inzet van nieuwe beroepen zoals de «physician assistants» kunnen daarbij een belangrijke bijdrage leveren. In 2004 wordt reeds geëxperimenteerd met de inzet van de nurse practitioner en de physician assistant in de huisartsenzorg.

De KNMG en de VNVA hebben voor de herintreding van artsen een projectplan «Arts weer aan de slag» ingediend. Dat plan ziet er veelbelovend uit. Het is erop gericht in maximaal 12 maanden 22 tot 28 basisartsen en specialisten (waaronder ook huisartsen en verpleeghuisartsen) weer aan de slag te hebben in functies in de gezondheidszorg. Binnenkort vindt over dit projectplan overleg plaats met de KNMG en de VNVA.

Bij dit vraagstuk zijn ook andere ontwikkelingen van belang. De huisartsenzorg is druk bezig zichzelf anders en doelmatiger te organiseren. Het aantal groepspraktijken groeit sterk ten opzichte van solo-praktijken waardoor meer patiënten geholpen kunnen worden, opvang en waarneming door collega huisartsen sneller en beter kunnen plaatsvinden.

Samenwerkingsverbanden tussen huisartsen in solopraktijken en een bredere inzet van doktersassistenten en praktijkverpleegkundigen zijn

allemaal ontwikkelingen die bijdragen aan een betere inzet van het bestaande aanbod in de huisartsenzorg.

Het onlangs verschenen rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) inzake de bereikbaarheid van de huisartsenposten heeft naar mijn mening een belangrijk signaal afgegeven dat er verbeteringen in de organisatie van de huisartsenzorg noodzakelijk zijn. Deze liggen grotendeels binnen de verantwoordelijkheden en bedrijfsvoering van de instellingen zelf, hetgeen door partijen ook wordt onderkend. Met name gaat het hier om kwaliteitseisen die de organisatie en bedrijfsvoering van de huisartsenposten/huisartsendienstenstructuren betreffen (goede protocollering, supervisie, telefonische toegankelijkheid, heldere bevoegdheids- en verantwoordelijkheidsverdeling op de huisartsenpost en in relatie tot de huisartsendienstenstructuren). De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hiertoe dan ook kwaliteitscriteria ontwikkeld. Daarbij zijn ook de IGZ en de NPCF betrokken. Met de sector is inmiddels gesproken, met name over een snelle implementatie daarvan.

Daarnaast is het van belang dat het Capaciteitsorgaan is gevraagd met ingang van 2004 beleidsrijk te gaan ramen. Dat wil zeggen het leveren van ramingen inzake de behoeften aan huisartsen in de nabije toekomst, waarbij rekening gehouden wordt met nieuwe ontwikkelingen in de organisatie van de (huisartsen)zorg en de inzet van nieuwe beroepen als de nurse practitioners en de physician assistant.

Het is de verwachting dat door de inzet van deze nieuwe beroepen patiënten in de huisartsenpraktijk sneller en kwalitatief goed geholpen kunnen worden en dat de werkdruk van de huisartsen afneemt. Beide experimenten worden begeleid door een onderzoek die de kwaliteit van de geleverde zorg zal evalueren en tevens de effecten met betrekking tot de kosten en capaciteit zullen meten.

48

*Wat zijn de resultaten geweest van de inspanningen om herintreding onder huisartsen te stimuleren en welke lessen zijn geleerd uit het onderzoek «naar achtergronden, dit in verband bij vrouwelijke artsen»?*

In de loop van het jaar 2003 zijn zes ex-huisartsen, na een op herintreding gericht scholingsprogramma te hebben gevolgd, opnieuw ingeschreven in het register van huisartsen. Eind 2003 namen tien ex-huisartsen deel aan een dergelijk scholingsprogramma.

Het onderzoek dat de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen liet doen naar de achtergronden van herintreding met betrekking tot vrouwelijke artsen wees uit dat ook ex-basisartsen en -medisch specialisten sneller weer aan de slag zouden gaan als er voor hen op herintreding gerichte trainingen beschikbaar waren. De KNMG en de VNVA hebben inmiddels een projectplan «Arts weer aan de slag» ingediend. Dat plan ziet er veelbelovend uit. Het is er op gericht in maximaal 12 maanden 22 tot 28 basisartsen en specialisten (waaronder ook huisartsen en verpleeghuisartsen) weer aan de slag te hebben in functies in de gezondheidszorg. Binnenkort vindt over dit projectplan overleg plaats met de KNMG en de VNVA.

Een tweede les die te leren valt uit het onderzoek van de VNVA is dat de opleidingseisen meer ruimte moeten bieden voor flexibiliteit. Zo zou het mogelijk moeten zijn de opleiding tijdelijk te onderbreken in verband met ouderschap. Dit is ook een van de aanbevelingen in het rapport «De arts van straks», waar de Stuurgroep Modernisering Beroepsuitoefening en Opleidingen de nodige aandacht aan zal geven.

49

*Welke exacte uitkomsten worden verwacht van opvolging van de aanbevelingen van de commissie LeGrand? Bestaan hier cijfermatige prog-*

*noses/indicaties, aan de hand waarvan de kamer de effectiviteit van de beleidsinspanningen kan toetsen?*

Ik heb de Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) ingesteld om de aanbevelingen van de commissie LeGrand binnen vijf jaar te implementeren. De Stuurgroep MOBG is in februari 2004 ingesteld, per 1 april 2004 door mij geïnstalleerd en zal dit jaar vooral gebruiken als aanloopjaar. Medio juli 2004 zal het werkplan 2004 van de Stuurgroep MOBG beschikbaar komen en naar verwachting medio september/oktober 2004 het werkplan 2005. In de werkplannen zullen de doelstellingen vertaald moeten zijn in concrete activiteiten die voorzien zijn van cijfermatige onderbouwingen en prognoses.

De stuurgroep heeft tot taak de veldpartijen te stimuleren zorgopleidingen en beroepenstructuur te moderniseren tot een samenhangend stelsel met een daarbij passende besturingsstructuur. De Stuurgroep MOBG zal jaarlijks een werkplan met daarin concrete doelstellingen ter goedkeuring voorleggen aan de minister van VWS en ook jaarlijks een voortgangsrapportage aanleveren bij VWS met daarin de bereikte resultaten, zodat bijtijds maatregelen getroffen kunnen worden indien de voortgang onvoldoende blijkt te zijn.

Zoals tijdens het Algemeen Overleg d.d. 18 februari 2004 reeds is toegezegd zullen zowel het jaarwerkplan als de voortgangsrapportages van de stuurgroep MOBG aan de Kamer worden toegezonden. Bovendien wordt na drie jaar bezien of de implementatie van de aanbevelingen van de commissie LeGrand op koers ligt. Dat kan zonnodig leiden tot beleidsaanpassingen.

50

*Hoe verhoudt de toenemende instroom van huisartsen zich met de uitstroom? Kunt u aangeven welke relatieve winst/verlies hier is geboekt in 2003, met het oog op de nog immer groeiende uitstroom van huisartsen? De instroom in de huisartsenopleiding was in 2003 lager dan geraamd. Welke oorzaken liggen ten grondslag aan het afnemende aantal gekwalificeerde gegadigden dat in de huisartsenopleiding wil instromen? Welke activiteiten zijn in 2003 ondernomen en met welke resultaten om de uitstroom van huisartsen tegen te gaan?*

Zie het antwoord op vraag 47.

51

*Welke doelstellingen zijn met betrekking tot de schaarste van medische specialisten in het algemeen gehanteerd en in hoeverre zijn die gerealiseerd? Leidt de toenemende schaarste nog immer tot onevenredig stijgende salarissen van medisch specialisten, en heeft dat nog altijd een negatief gevolg voor de mogelijkheid te komen tot gereguleerde marktwerking in de curatieve sector? Welke pogingen heeft de OMS ondernomen om de schaarste aan medisch specialisten terug te dringen?*

Algemene doelstelling met betrekking tot de schaarste van medisch-specialisten is het in evenwicht brengen van vraag en aanbod per specialisme. In eerste instantie is geïnvesteerd in het zoveel mogelijk uitbreiden van de opleidingscapaciteit. Daarnaast is een start gemaakt met het realiseren van taakherschikking en een nieuw, beter op de vraag naar specialistische deskundigheid afgestemd medisch opleidingscontinuüm. De Stuurgroep Modernisering beroepsuitoefening zal zich de komende jaren inzetten voor het verder doorvoeren van deze vernieuwingen.

Het Capaciteitsorgaan heeft voor 2003 een instroom geadviseerd van 1068 assistenten in opleiding. In 2003 zijn 1102 (basis)artsen met hun specialisatie begonnen. Per saldo is in totaal 3% meer (basis)artsen gestart dan

voor 2003 geadviseerd. Een deel van de specialismen heeft minder opgeleid dan door het capaciteitsorgaan is geadviseerd (in totaal 17%) en een ander deel heeft meer opgeleid (in totaal 20%). Tot de eerste categorie behoren : oogheelkunde, radiologie, KNO, anesthesiologie, neurologie, reumatologie en pathologie.

Het opleiden is niet af te dwingen. Het Capaciteitsorgaan zal nader onderzoek verrichten naar de achtergronden. VWS heeft de OMS, VAZ, NVZ, ZN en MSRC verzocht om in samenspraak zorg te dragen voor de verdeling en realisatie van agio-plaatsen. De veldpartijen i.c. de VAZ, NVZ en OMS zullen expliciet moeten bijsturen met betrekking tot die specialismen waar het groeitempo qua opleidingsplaatsen achterblijft bij de behoefte.

Ten aanzien van de inkomensontwikkeling van medisch specialisten kan een onderscheid worden gemaakt in loondienst situaties en het vrije ondernemerschap. De inkomensontwikkeling in het kader van het vrije beroep is in de jaren sinds 1995 gematigd geweest. Ruim 95% van de specialisten ontvangt een lumpsum die een gematigde volume- en prijsontwikkeling kent. Daarbij moet worden opgemerkt dat daarmee nog niets is gezegd over de feitelijke productie die door specialisten is geleverd. Het loon per prestatie is mogelijk wel gefluctueerd. Voor de specialisten in loondienst zijn in 1999 en 2001 nieuwe CAO's van kracht geworden in de academische, respectievelijk algemene ziekenhuizen. Deze CAO's betekenden een behoorlijke inkomensverbetering ten opzichte van de CAO's die voorheen van kracht waren voor deze doelgroep. De CAO voor academische ziekenhuizen is in 2003 opnieuw verbeterd in reactie op de CAO voor de algemene ziekenhuizen. Met de nieuwe CAO's zijn de inkomens in loondienst meer in lijn gebracht met de inkomens uit het vrije beroep. In hoeverre dit het rechtstreekse gevolg is van schaarste is moeilijk vast te stellen.

52

*In hoeverre is voldaan aan de zeven actiepunten die in de brief «Kwaliteit van zorg» in december 2002 aan de kamer zijn gezonden (TK 2002–2003, 28 439, nr. 2)? In hoeverre bent u in staat met de door de IGZ ontwikkelde basisset indicatoren een compleet beeld te vormen van de kwaliteit van ziekenhuizen en in hoeverre kan dit leiden tot zinvolle benchmarks of andere vergelijkingswijzen?*

De actiepunten hebben alle een concrete uitwerking gekregen. Deze zal toegelicht worden in een voortgangsrapportage, die u in september 2004 ontvangt. Veel actiepunten vinden hun uitwerking in de actieprogramma's «kwaliteit, innovatie en doelmatigheid. Als eerste is dat gebeurd voor de sector ziekenhuizen in het programma «Sneller Beter» (zie ook: [www.snel-lerbeter.nl](http://www.snel-lerbeter.nl)) . Dit programma is in november 2003 van start gegaan. Op 27 mei jl. is de derde pijler van dit programma van start gegaan. Concreet betekent dit dat in 3 series van 8 ziekenhuizen de thema's patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en zeggenschap via verbeterprogramma's bijzondere aandacht krijgen. In oktober 2004 zal de eerste groep ziekenhuizen daadwerkelijk aan de slag gaan.

De basisset indicatoren, opgesteld door IGZ, NVZ, VAZ en OMS, bestaat uit een verplicht en een vrijwillig deel. Deze set moet worden gezien als een eerste stap in de benchmark en biedt derhalve nog geen compleet beeld van de kwaliteit in ziekenhuizen. Het model moet groeien. De eerste gegevens komen momenteel binnen. Ik ga ervan uit dat de ziekenhuizen de gegevens zelf ook openbaar zullen maken. De NVZ zal in september op een speciale site de gegevens van vrijwillig deelnemende ziekenhuizen publiceren. Ziekenhuizen kunnen aldus onderling de gegevens vergelijken. De inspectie zal op basis van prestatie-indicatoren, conform de bedoeling van Gefaseerd Toezicht, daar waar de cijfers na overleg en toelichting daartoe aanleiding geven, overgaan tot gericht algemeen toezicht.

53

*In hoeverre is in 2003 de patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en de zeggenschap van de patiënt verbeterd en welke prognoses kunt u geven nu met de nota «Sneller Beter» meer vaart is gezet achter het proces van patiëntenemancipatie?*

In 2003 heeft de IGZ samen met de NVZ, VAZ en OMS, een basisset indicatoren voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg in de ziekenhuizen vastgesteld. In deze set zijn indicatoren opgenomen betreffende onder meer patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en zeggenschap. Daarnaast zijn de thema's door de start van het programma «Sneller Beter» duidelijk in de zorg geagendeerd. Daarmee is de basis gelegd voor een verbetertraject dat in 2004 echt van start is gegaan.

Bij de gekozen prioriteiten is de rol van de patiënt van belang. Doelstellingen en concreet benoemde verbeterambities zullen ook voor de patiënt merkbaar zijn. De resultaten van de verbeteractiviteiten worden gepubliceerd. Daarnaast zet ik in op versterking van de rol van patiëntenorganisaties en publicatie van vergelijkingscijfers over aanbieders en zorgverzekeraars.

U zult hierover nader geïnformeerd worden ter gelegenheid van het overleg over patiënten- en consumentenbeleid op 15 september 2004. Daarnaast zet ik in op verbetering van de governance in de zorgsector (o.a. codes maatschappelijk ondernemerschap NVZ).

54

*Heeft de subsidie aan de Orde van Medisch Specialisten (OMS) daadwerkelijk geleid tot zorgvernieuwing, betere logistiek en meer kwaliteit? Wat verklaart de overschrijding van de verleende subsidie ter grootte van € 1,1 miljoen?*

De subsidie die de Orde heeft ontvangen heeft geleid tot een groot aantal projecten op het terrein van zorgvernieuwing. In 2003 waren ongeveer 75 projecten actief, verspreid over het gehele land. Het gaat hierbij om projecten op het terrein van verwijfsafspraken, farmacotherapeutisch transmuraal overleg en herinrichten van de zorgketen. De projecten richtten zich op samenwerking rond ziektes als diabetes en hartfalen en zorgvormen zoals palliatieve zorg en pijnbestrijding. Daarnaast is op landelijk niveau gewerkt aan ongeveer 40 richtlijnen voor veel voorkomende ziektes en/of behandelingen. Voorbeelden hiervan zijn richtlijnen voor de reanimatie van pasgeborenen, organisatie en werkwijze op IC afdelingen en oogheekundige zorg voor diabetespatiënten. Het is ook voor mij een aandachtspunt geweest dat de subsidie leidt tot zo concreet mogelijke resultaten op het terrein van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Ik heb daarover intensief met de Orde van gedachten gewisseld in 2003. In het regeerakkoord 1998 zijn afspraken gemaakt met de Orde van Medisch Specialisten (OMS) betreffende de kwaliteitsverbetering én een Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) voor medisch specialisten. Hiervoor is een bedrag van € 10,2 miljoen vanuit de premiemiddelen (MJA cure) overgeheveld naar de VWS begroting (zie VWS Begroting 2001). De oorspronkelijke raming voor de subsidie aan de OMS bedroeg € 9,1 miljoen. In 2003 is een bedrag van € 10,2 miljoen subsidie aan de OMS verstrekt.

55

*Hoe hebben de beroepsverenigingen voor fysiotherapie en oefentherapie gereageerd op de (dreiging tot) pakketverkleining?*

De beroepsvereniging voor fysiotherapie maakt zich zorgen over een verminderde toeloop naar de praktijk, maar ziet tegelijkertijd kansen voor meer liberalisering van de tarieven in de aanvullende verzekering. In

samenhang met plannen rondom directe toegankelijkheid zien de fysiotherapeuten hierin een opstap naar verdere emancipatie van het beroep. De beide beroepsverenigingen voor oefentherapie (Caesar en Mensendieck) staan gereserveerd tegenover de maatregel. Uitplaatsing uit het ziekenfonds zien zij als een marginalisering van het vak. Voorts zijn zij bang voor minder toeloop naar de praktijk voor oefentherapie. Uit voorlopige cijfers van het NIVEL blijkt inderdaad een teruglopend bezoek aan praktijken voor fysiotherapie en oefentherapie. Op dit moment is echter nog niet helder of hier sprake is van een structureel effect. Eerste geluiden van zorgverzekeraars wijzen op een weer aantrekkende vraag. Ondanks initiële bezwaren, stel ik vast dat de betreffende beroepsgroepen zich constructief blijven opstellen. Met de fysiotherapeuten ben ik in overleg over opzet en aanpak van een experiment naar vrije tariefsvorming.

56

*Hoe groot was de extra bijdrage die via het CVZ aan negentien abortusklinieken is versterkt? Hoe verhouden de uitgaven zich met voorgaande jaren en welke resultaten zijn met deze extra investeringen geboekt? Zijn de extra investeringen voldoende om het toenemend aantal abortussen veroorzaakt door ingrepen in het ziekenfondspakket (o.a. het niet langer ziekenfondsverstrekken van de pil) aan te kunnen? Kunt u exact aangeven hoe de kostenontwikkeling en efficiency zich heeft ontwikkeld, en derhalve wat het rendement is geweest van de extra investeringen in relatie tot het toenemend beroep op de abortuskliniek?*

De totale bijdrage aan de abortusklinieken bedroeg in 2002 € 8,3 miljoen (waarvan € 2,2 miljoen als nabetaling voor 2001), in 2003 € 10,4 miljoen (waarvan € 3,1 miljoen voor 2002) en voor 2004 is een bedrag gereserveerd van € 10,4 miljoen. De (lichte) oploep in de kosten hangt vooral samen met vernieuwde Europese sterilisatienormen, de kwaliteitswet zorginstellingen, automatisering en de invoering van de arbeidsomstandighedenwet.

Er zijn geen zuivere rendements- of efficiencygegevens beschikbaar. Wel kan worden aangegeven hoe het aantal abortussen per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. In 2000 was dat 8,0, in 2001 8,4, in 2002 8,7 en in 2003 8,5.

Zoals ik onlangs in mijn antwoord op kamervragen heb aangegeven is het nog te vroeg om uitspraken te doen over een mogelijke daling van het gebruik van de orale anticonceptiepil en de eventuele gevolgen daarvan voor het aantal ongewenste zwangerschap.

57

*Het NICTIZ heeft in 2003 bijna € 9,0 miljoen ontvangen. Kan de regering aangeven waaraan NICTIZ deze subsidie heeft besteed, en aan welke concrete doelstellingen deze subsidie in 2003 heeft bijgedragen?*

Eind april is het Jaarverslag en de Jaarrekening 2003 van het Nationaal ICT Instituut in de Zorg ontvangen. De opdracht aan NICTIZ is een bijdrage leveren aan kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidszorg door te bevorderen dat een optimale ICT-toepassing rondom en voor de patiënt mogelijk wordt. Daartoe is het belangrijkste doel een landelijke standaardinfrastructuur – AORTA genaamd –, waarbij de communicatie van privacygevoelige medische informatie goed is beveiligd. Het landelijk elektronische medicatiedossier is als sleutel applicatie gekozen. Deze moet 1 januari 2006 gereed zijn.

Van de exploitatie in 2003 is grofweg € 5,6 miljoen aan projecten besteed gericht op infrastructuur en koppeling zorgtoepassingen. De kosten voor de standaardisatiewerkzaamheden die door het NEN zijn uitgevoerd bedragen € 1 miljoen en de ontwikkeling van een identificatienummer en

de registers voor zorgverleners en zorgverzekeraars hebben € 1,5 miljoen gekost. Deze laatste werkzaamheden zijn door het agentschap CIBG en Vektis uitgevoerd. De rest is gereserveerd voor andere projecten. Met het uitbrengen in 2003 van de tweede versie van het AORTA-architectuurmodel en de bijbehorende specificaties kunnen ICT-leveranciers de eerste elementen overnemen in hun programmatuur. Eind 2003 hebben twaalf ICT-leveranciers getoond dat het technisch mogelijk is om systemen aan elkaar te koppelen tot een medicatiedossier. Er zijn vijf regio's aangewezen waarmee afspraken zijn gemaakt om elementen voor het medicatiedossier in de praktijk te testen.

Naast de aandacht voor het medicatiedossier is door NICTIZ onder de noemer Koppeling Zorgtoepassingen, veelal in samenwerking met andere partijen, in 2003 ook gewerkt aan andere toepassingen.

Er zijn concept berichtenstandaarden opgesteld voor de waarneming van huisartsen; er zijn specificaties opgesteld voor de CVA-ketenzorg; er zijn specificaties opgesteld voor de opname van het Farmacotherapeutisch Kompas in nagenoeg alle huisartsinformatiesystemen; er is een model opgesteld voor communicatie tussen de eerste en tweede lijn in de Perinatologie; er is onderzoek gestart naar de toepassing van ICT in de acute ketenzorg. Verder is NICTIZ betrokken bij de transmurale traumaregistratie, informatisering in de jeugdgezondheidszorg 0–19-jarigen, declaratie en controle verzekeringsrecht en het DBC-traject.

58

*Welke afwegingen zijn gemaakt bij de toekenning van subsidies ter bevordering van onderzoek en deskundigheid in de zorg?*

Genoemde subsidierelaties ter bevordering van onderzoek en deskundigheid (hs. 2.2.5.) hebben allen een meerjarig karakter en zijn al vóór 2003 in gang gezet. Voor geen der projecten was er een aanleiding om per 1 januari 2003 tussentijds de subsidierelatie te heroverwegen. Daardoor is in 2003 de subsidierelatie voortgezet. Wel zijn de relaties in 2003 als onderdeel van het nieuwe subsidiebeleid doorgelicht. In dat kader is besloten om de subsidierelatie met het Nederlands Paramedisch Instituut te beëindigen. Voor de motivering van dat besluit en voor de afweging die gemaakt zijn bij de subsidies ter bevordering van onderzoek en deskundigheid wordt u verwezen naar de Nota «Kennis, Innovatie en Meedoen».

59

*Tot welke resultaten heeft het «beter bestuderen en het streven naar een landelijk referentiekader» geleid tot betere realisatie van de aanrijdnormen van ambulances?*

Het referentiekader is een modelmatige benadering van spreiding en beschikbaarheid op landelijk niveau en vormt de grondslag voor de regionale verdeling van de budgetten en het macrobudget.

Het referentiekader is opgesteld op basis van een scenario waarbij ervan wordt uitgegaan dat 95% van de bevolking dienen binnen 15 minuten bereikt kan worden, alsmede het open grenzen principe waardoor regio-grenzen geen belemmering vormen voor een doelmatige en snelle inzet. Daarmee gelden voor het gehele land gelijke uitgangspunten voor de bepaling van de beschikbaarheid. Door deze benadering – met open grenzen tussen regio's – kunnen meer Nederlanders dan voorheen binnen de streeftijd voor spoedeisende ambulancezorg worden bereikt.

Ik heb aangegeven dat de norm van 95% bereik geen vuistregel per regio is, maar een landelijk gemiddelde. Het streven is natuurlijk iedereen snel te kunnen bereiken maar in de praktijk blijken er oorzaken te zijn die 100% onhaalbaar maken, zoals verkeersopstoppingen of gelijktijdigheid van meerdere ongevallen.

Ik leg dus niet op waar zich de standplaatsen voor elke regio concreet moeten bevinden. Partijen kunnen van het referentiekader afwijken, mits zij de kwaliteit van de modelmatig berekende normen borgen. Geen enkele regio gaat er ten opzichte van de huidige situatie op achteruit. In 14 regio's wordt het bereik vergroot, in de overige regio's blijft het bereik zoals het was. Het is aan zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk om te bepalen of met aanvullende regionale afspraken een hogere kwaliteit (meer bereik en/of minder overschrijdingen) kan worden gerealiseerd. De berekening van de benodigde ambulancecapaciteit ten behoeve van het landelijk referentiekader is op dezelfde wijze gedaan als in het rapport «Ambulances binnen bereik». De toerekening van het aantal ritten op basis van de gewijzigde standplaatsen heeft opnieuw plaatsgevonden, evenals het op basis daarvan vast te stellen aantal ambulances in mobiele paraatheid (minimale variant). Bij het opnieuw berekenen van de beschikbaarheid is het rekenmodel verder ontwikkeld en aangepast. Ook is geactualiseerd op recente gebiedswijzigingen. Het is de bedoeling dat het landelijk referentiekader structureel wordt beheerd en om de zoveel jaar geactualiseerd.

60

*Hebben de nationale workshops tot verbetering van de draaiboeken voor de bestrijding van incidenten en crises geleid?*

Op nationaal niveau zijn diverse workshops gehouden bedoeld voor de strategieën infectieziekten bestrijding en de voorbereiding op massavaccinaties, waaronder pokkenbestrijding. Het pokkendraaiboek is, respectievelijk wordt op basis daarvan geactualiseerd. Ook zijn er richtlijnen ontwikkeld van hoe te handelen bij anthrax (miltvuur). Het griepdemonstratie draaiboek is onder revisie. Het Landelijk Coördinatiecentrum Infectieziektenbestrijding (LCI) speelt hierbij een grote rol (zie ook [www.infectieziekten.info](http://www.infectieziekten.info)). Dit alles heeft geleid tot verbeteringen van de preparatie. Overigens zet ik in op een permanente verbetering van het uitbraakmanagement. In mijn brief over de infectieziektenorganisatie van 19 maart 2004 ben ik daarop ingegaan.

61

*Welke motivatie is gebruikt voor de toekenning van subsidies ten behoeve van de doelstelling tot verbetering van de kwaliteit en de organisatie van de spoedeisende medische hulpketen voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen?*

De motivatie die aan de toekenning van subsidies ter verbetering van de kwaliteit en de organisatie van de spoedeisende medische hulpketen ten grondslag lag was om verbetering tot stand te brengen binnen de keten van de spoedeisende medische hulpverlening, zowel waar het gaat om de dagelijkse praktijk als in bijzondere omstandigheden. Het gaat om twee in het jaarverslag op pagina 67 genoemde instrumenten, te weten het Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde (NivU). Deze subsidie bedroeg over 2003 € 0,7 miljoen. Het NivU is per 1 januari 2004 opgeheven. De rol van het NivU bleek inmiddels achterhaald omdat de Raad van Regionaal Geneeskundig Functionarissen (RGF'en) steeds meer vorm krijgt, het Landelijk Beraad Rampenbestrijding (LBRB) body krijgt en beide op het terrein van het NivU opereerden. Deels ook omdat er nog twee andere kenniscentra zijn te weten CGOR (Centrum gezondheidsonderzoek na rampen), subsidie € 0,6 miljoen jaarbasis en Impact, subsidie € 0,4 miljoen op jaarbasis (waarvan VWS € 0,2 miljoen betaalt). Het andere betreft de subsidie aan Ambulancezorg Nederland (AZN) van € 0,5 miljoen voor C2000 en het GSM-systeem. Motivatie die hieraan ten grondslag lag was dat de projectkosten hoger waren en de implementatie van

C2000 in de ambulancezorg meer kostte dan was voorzien. Op het gebied van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) is ook een subsidie verleend aan AZN in een grensoverschrijdend communicatiesysteem. De motivatie die hieraan ten grondslag was dat bij een grensoverschrijdende calamiteit er onderling geen communicatie mogelijk was. De systemen van Nederland, Duitsland en België waren hier nog niet op voorbereid. Het ging om een bedrag van € 0,375 miljoen.

62

*Tot welke concrete resultaten hebben de inspanningen ter stimulatie van weesgeneesmiddelen en verbetering van de positie van patiënten met zeldzame ziekten geleid?*

Na zijn instelling in april 2001 heeft de stuurgroep weesgeneesmiddelen conform zijn opdracht activiteiten ontplooid op de volgende terreinen: De informatievoorziening aan de doelgroepen (in het bijzonder de patiënten) is uitgebreid en verbeterd (o.a. door middel van een website). Er zijn duurzame contacten opgebouwd met wetenschappers, behandel-aars, patiënten, verzekeraars en farmaceutische industrie met als doel betere afstemming van concrete activiteiten, het inventariseren van knelpunten in onderzoek, zorg, ontwikkeling van weesgeneesmiddelen en in de toegankelijkheid tot deze geneesmiddelen. De aandacht voor zeldzame aandoeningen is bij de doelgroepen duidelijk toegenomen. Voorbeelden zijn o.a. meer publicaties in de vakbladen.

Ten aanzien van de ontwikkeling en registratie van weesgeneesmiddelen is het beter dit op Europees niveau te beoordelen, aangezien het niet realistisch is te veronderstellen dat het Nederlands beleid alleen in ongeveer drie jaar tijd de registratie van een weesgeneesmiddel gerealiseerd zou kunnen hebben. In de afgelopen vier jaar zijn veertien wees-geneesmiddelen toegelaten tot de Europese markt. Het merendeel wordt thans vergoed via het sociale verzekeringsstelsel of via een subsidie-regeling. Van enkele middelen loopt de aanvraag tot vergoeding nog. De stuurgroep weesgeneesmiddelen is ook internationaal actief, onder andere met Europese patiëntenorganisaties. Een concreet resultaat is dat in de nieuwe Europese wetgeving de registratie van weesgeneesmiddelen alleen nog maar centraal zal kunnen plaatsvinden en niet meer via de onderlinge erkenningprocedure. Dit zal de beschikbaarheid van wees-geneesmiddelen ten goede komen.

Een evaluatie van de activiteiten van de stuurgroep weesgeneesmiddelen en de effecten hiervan voor de doelgroepen is net van start gegaan en zal naar verwachting in augustus 2004 afgerond zijn.

63

*In hoeverre worden met het project Priority Medicines for the Citizens of Europe and the World naast economische ook doelstellingen gerealiseerd die met ontwikkelingshulp en gezondheidsdoelstellingen van doen hebben?*

Bij het project Priority Medicines staan de gezondheidsdoelstellingen zelfs voorop. Ontwikkelingshulpdoelstellingen komen niet rechtstreeks aan de orde. Bij het bepalen van de prioriteitenlijst voor onderzoek en ontwikkeling is het wel te verwachten dat het WHO-rapport een lijst zal geven waar ook aandoeningen op voorkomen die zowel voor Europa als voor andere landen («the world») van belang zijn, alsmede een lijst van aandoeningen die voornamelijk voor ontwikkelingslanden (en niet zozeer voor Europa) van belang zijn.

64

*Welke exacte financiële gevolgen hebben de maatregelen voor het afkomen van kortingen en bonussen bij apotheekhoudenden gehad?*

In 2003 zijn twee maatregelen van kracht geweest die het afkomen van kortingen en bonussen bij apotheekhoudenden ten doel hadden, nl. de «gewone» clawback regeling (6,82% met een maximum van € 6,80 per receptregel) en de tijdelijke maatregel «De Geus» (gedifferentieerde clawback, waarbij onderscheid werd gemaakt tussen geneesmiddelen die door één leverancier op de markt worden gebracht (8%) en geneesmiddelen met meerdere aanbieders (40%)). Deze laatste maatregel is per 1 september 2003 in werking getreden, maar in december 2003 door de rechter met terugwerkende kracht onrechtmatig bevonden.

De gewone clawback regeling heeft in 2003 ca. € 190 miljoen opgebracht. De opbrengst van maatregel De Geus over de maanden september tot en met december 2003 is geraamd op ca. € 115 miljoen. Omdat de maatregel De Geus uiteindelijk niet overeind is gebleven, is dit laatste bedrag terugvorderbaar.

In het geneesmiddelenconvenant tussen VWS, de KNMP, ZN en de Bogin is echter in principe afgesproken dat apothekers afzien van het terugvorderen van deze extra clawback die zij als gevolg van de tijdelijke werking van de maatregel De Geus hebben ingeleverd. De mate waarin apothekers werkelijk afzien van terugvordering is nu nog niet bekend. (De verwachting is dat die informatie eind 2004 beschikbaar zal zijn).

65

*Welke grootheid wordt in tabel 6 gehanteerd? Betreft het het gemiddeld aantal dagen wachttijd of het aantal donororganen dat nodig was gedurende het jaar?*

De grootheid die in Tabel 6 is gehanteerd is steeds die van het aantal personen dat op 31 december van een bepaald jaar op de wachtlijst staat voor de transplantatie van een bepaald orgaan.

66

*Kunt u inzicht geven in hoe de stijgende vraag van donororganen zich verhoudt met de (beperkte) toenemende donorbereidheid? Welke «relatieve progressie» is geboekt in 2003?*

Het aantal personen op de wachtlijst wordt door drie factoren bepaald:

- Volgens de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) is er in 2003 een toename geweest van het aantal postmortale organdonoren. Dit heeft bijgedragen aan een toename van donororganen, hetgeen meer transplantaties heeft opgeleverd.
- Er is sprake van een grotere instroom op de nierwachtlijst dan in het voorgaande jaar. Dus de vraag neemt ook toe.
- Een aantal wachtenden staat niet of nog niet op de wachtlijst. Voorbeelden hiervan zijn personen die nog niet door alle medische screenings zijn, wachten op een familie/partner transplantatie of om andere redenen tijdelijk niet transplantabel zijn.

Ter illustratie: ten aanzien van niertransplantaties is per saldo sprake van een afname van 100 patiënten die wachten op een transplantatie op de wachtlijst dd. 31 december 2003.

67

*Op welke termijn zal de richtlijn Bloed in nationale wetgeving worden opgenomen?*

De richtlijn Bloed stelt dat uiterlijk op 8 februari 2005 de bepalingen in nationale regelgeving moeten zijn omgezet. De omzetting is reeds in 2003 aangevangen en zal in december 2004 gereed zijn.

68

*Welke activiteiten worden ontplooid om – ondanks de mislukte voorlichtingscampagne ten aanzien van stimulering van de donorbereidheid bij nabestaanden – de donorbereidheid te laten toenemen?*

Anders dan in het verleden kent de huidige voorlichtingscampagne een meer wervende in plaats van neutrale toonzetting.

De voorlichtingsactiviteiten voor 2004 kunnen worden onderscheiden in twee categorieën, te weten de vraagbaakfunctie en het campagnebureau. De vraagbaakfunctie voorziet in de eerste opvang van vragen van burgers en het verzenden van informatiemateriaal. Verder wordt een regionetwerk van vrijwilligers ondersteund.

Het campagnebureau is verantwoordelijk voor:

- Het project continue voorlichting. De continue voorlichting bestaat uit de benadering van de meest kansrijke groepen, attenderende activiteiten gericht op het algemeen publiek, informatieverstrekking via de internetsite over orgaandonatie en het verspreiden van een informatiebrief over de actuele stand van zaken ten aanzien van de donoorlichting.
- Het project jongeren en onderwijs. Dit project is gericht op de voorlichting bij de aanschrijving van 18- jarigen door het donorregister. Bovendien zal het lespakket orgaan- en weefseldonatie dat voor scholieren is ontwikkeld verder worden geïmplementeerd in het onderwijs.
- Het project nazorg bij nabestaanden. Activiteiten zijn onder meer de nabestaandenbrief en het organiseren van een klankbordgroep nabestaanden.
- Project levensbeschouwing en orgaandonatie. Hierin worden kerkelijke groeperingen gericht benaderd over her onderwerp orgaandonatie.

Daarnaast is in 2003 in de Rotterdamse regio met behulp van subsidie van VWS de pilot requestorfunctie van start gegaan. De testperiode loopt gedurende het hele jaar 2004. De pilot is van groot belang voor de verdere ontwikkeling van de donoorwerving in de Nederlandse ziekenhuizen. Door middel van inzet van «requestors» bij de nabestaanden hoopt men vaker toestemming voor donatie te krijgen. De requestor ondersteunt de arts bij het voeren van het gesprek met de nabestaanden.

69

*Wat is een mogelijke verklaring voor het feit dat het gebruik van cannabis onder jongeren niet verder is gestegen of licht gedaald?*

Er zijn vele factoren die invloed hebben op de omvang van drugsgebruik, zoals modetrends in de jongerencultuur, demografische en sociaal-culturele veranderingen. Een verklaring voor de lichte daling onder jongeren in het algemeen en de forse daling onder jongens in het bijzonder moet dan ook worden gezocht in een combinatie van factoren. Uit onderzoek blijkt dat fluctuaties in de omvang van gebruik in het algemeen niet of nauwelijks gerelateerd kunnen worden aan het beleid. Dat neemt niet weg dat specifieke interventies een dempend effect kunnen hebben op bepaalde trends. Hierbij kan gedacht worden aan preventie-activiteiten en het stellen van de leeftijdsgrens van 18 jaar voor bezoekers van coffeeshops.

*Op welke wijze heeft de preventie van uitgaansdrugs via internet van het XTC-actieplan plaatsgevonden? Wat houdt het XTC-actieplan precies in, en uit welke onderdelen bestaat het?*

Met de nota «Samenspannen tegen XTC» (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 23 760 nr. 14) is de aanpak van de XTC-problematiek voor de jaren 2001–2006 geïntensiveerd. Hoewel deze nota in hoofdzaak justitiële aspecten betreft, is er ook aandacht voor de vraagkant van deze problematiek. In het XTC-actieplan worden de beleidsintensivering op het gebied van preventie, voorlichting en onderzoek beschreven. De preventie van uitgaansdrugs via internet betreft twee aan elkaar gekoppelde projecten. In het kader van het onderdeel «Voorlichting bezoekers» van het project «Uitgaan en Drugs» is een website geopend. In het land zijn verschillende initiatieven om de doelgroep via het internet te bereiken, bijvoorbeeld middels chatboxen, informatie via e-mail en mailinglijsten. Omdat voorlichting en preventie via internet in de toekomst belangrijker zullen worden, is een wetenschappelijk project van de Universiteit van Maastricht gesubsidieerd over interactieve voorlichting en preventie ten aanzien van uitgaansdrugs. Dit project, dat in 2007 zal worden afgerond, beoogt bewezen effectieve preventie van uitgaansdrugs via het internet te ontwikkelen.

*Wat voor interventies (zie bullet 1) zijn er ontwikkeld, en op welke wijze en wanneer worden die in de praktijk geïmplementeerd?*

In het kader van het project «Uitgaan en Drugs» van het Trimbos-instituut en verschillende instellingen voor verslavingszorg wordt een aantal interventies ontwikkeld, te weten:

- Netwerkontwikkeling en werving. Met deze interventie worden regionale en landelijke instellingen geassisteerd bij het opzetten van preventie projecten in het uitgaanscircuit. In de periode 2004–2006 vindt de implementatie plaats.
- Personeel uitgaansgelegenheden. Deze interventie richt zich op het trainen van horeca personeel in relatie tot middelengebruik. Implementatie vindt tussen 2004 en 2006 plaats.
- Voorlichting bezoekers. Deze interventie bestaat uit een regionaal verspreidingsplan, diverse voorlichtingsmaterialen en training. De implementatie loopt tot en met 2006.
- Cursus eerste hulp bij drugsincidenten voor politie, veiligheids- en horeca personeel e.d. Implementatie loopt tot en met 2006.
- Quick scan. Dit is een instrument om op lokaal niveau inzicht in aard en omvang van het gebruik van uitgaansdrugs te krijgen. De implementatiefase is begonnen en loopt tot en met 2006.
- Preventie van uitgaansdrugs in het jongerenwerk. Deze interventie richt zich op bezoekers van jongerencentra en hangplekken. De implementatie loopt van 2004 tot en met 2006.
- Preventie van riskant druggebruik in de residentiële jeugdhulpverlening. Implementatie zal in 2005 en 2006 plaatsvinden.

72

*Wat houdt het internationale cannabisproject waarin Duitsland, Zwitserland, België en Frankrijk participeren in, en wat heeft het project tot nu toe opgeleverd?*

Als vervolg op de door Nederland georganiseerde Stedenconferentie over de praktijk van het cannabisbeleid in Europa en de Wetenschappelijke conferentie over cannabis hebben Nederland, Duitsland, Zwitserland, Frankrijk en België het initiatief tot gezamenlijk vervolgonderzoek genomen. In dit kader is inmiddels een door het onderzoeksbureau RAND-Europe gemaakte studie naar de relatie tussen beleid en cannabisgebruik verschenen. De conclusie is dat op basis van onderzoek niet kan worden aangetoond dat beleid van invloed is op de omvang van het gebruik. Thans wordt een onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende behandelmethoden van cannabisafhankelijkheid voorbereid met als doel de kwaliteit van behandeling te vergroten.

73

*Voorstellen van de regering om experimenten uit te voeren naar functiegericht verstreking van de hulpmiddelenzorg hebben uiteindelijk geleid tot een fundamentele discussie over de rol en bevoegdheden van zorgverzekeraars bij de indicatiestelling en zorgtoewijzing. Kan de regering aangeven hoe een en ander heeft geleid tot onvoldoende bereidheid van de kant van de verzekeraars om deze experimenten uit te voeren? Tot welke beleidswijziging heeft deze constatering geleid?*

Tijdens het convenant doelmatiger hulpmiddelenvoorziening tussen VWS en ZN is voorgesteld om de aanspraak op hulpmiddelenzorg functiegericht te omschrijven. Daarbij zou de indicatiestelling, om uniformiteit en rechtsgelijkheid te kunnen garanderen, objectief en onafhankelijk moeten plaatsvinden en waar nodig geïntegreerd met indicatiestelling voor AWBZ en WVG. In verband hiermee heeft het NIZW in opdracht van VWS een concept indicatiëprotocol ontwikkeld. Met behulp daarvan kan de functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg worden vastgesteld. De zorgverzekeraar realiseert vervolgens de aanspraak en maakt daarbij gebruik van nog te ontwikkelen zorgrealisatieprotocollen. In praktijkexperimenten zou deze constructie worden beproefd en verfijnd. In de aanloop naar deze experimenten is echter bij ZN en de individuele zorgverzekeraars twijfel ontstaan over de status van de voorgestelde onafhankelijke indicatiestelling. Zorgverzekeraars willen de regie kunnen voeren over de indicatiestelling. Verder zijn de zorgverzekeraars in toenemende mate bevreesd geraakt dat een functiegerichte aanspraak financieel onbeheersbaar en praktisch onuitvoerbaar zou worden. Door die terughoudendheid is het genoemde experiment niet van start gegaan. Dit heeft nog niet geleid tot een wijziging van het beleidsvoornemen de Regeling hulpmiddelen verder functiegericht te omschrijven. In 2003 is de aanspraak op therapeutische elastische kousen functiegericht omschreven. Bij gunstig resultaat zullen ook andere hulpmiddeleenaanspraken functiegericht worden omschreven.

74

*Waarom zijn vier van de twaalf experimenten om nieuwe doelmatigheidsinstrumenten te ontwikkelen mislukt? Welke concrete belemmeringen ondervinden zorgverzekeraars bij het doorvoeren van vernieuwingen in de hulpmiddelenzorg?*

In de brief die op 18 mei 2004 aan uw kamer is gezonden over de evaluatie van het convenant «Doelmatiger hulpmiddelenvoorziening» zijn deze vragen beantwoord. Een van de belangrijkste belemmeringen is dat zorgverzekeraars onvoldoende grip krijgen op de voorschrijvers van hulp-

middelen. Andere oorzaken van mislukken zijn de lage prioriteit die het hulpmiddelendossier krijgt bij directies van zorgverzekeraars, fusieperikelen en gebrek aan deskundigheid en continuïteit.

75

*In 2001 heeft de regering een driejarige projectsubsidie verleend aan het HIC. Het HIC heeft in 2003 nog geen oplossing gevonden om de website voort te zetten. Welke knelpunten doen zich voor bij het voortzetten van de website? Welke opties zijn door het HIC voorgesteld? Waarom zijn deze opties niet levensvatbaar?*

Het is altijd de opzet geweest dat alle bij het HIC (Het Hulpmiddeleninformatiecentrum) betrokken veldpartijen gezamenlijk een structurele oplossing zouden zoeken voor de continuïteit van het HIC na het beëindigen van de projectsubsidie. Mogelijke (financieel krachtdadige) kandidaten daarvoor zijn de fabrikanten/leveranciers en/of verzekeraars. Verder toonden nog enkele externe partijen zoals IRV (Instituut voor Revalidatievraagstukken te Hoensbroek) en KBOH (Kwaliteits- en bruikbaarheidsonderzoek hulpmiddelen) interesse in het HIC. Het bestuur heeft met alle betrokken en geïnteresseerde partijen gesproken. Uiteindelijk bleek toch geen van deze gesprekspartners bereid tot voortzetting van de financiering na 2003 en daarmee van het HIC. Partijen waren van mening dat VWS de subsidie diende voort te zetten omdat zij publieksinformatie primair een taak van de overheid vinden. Dit is in tegenspraak met de afspraken die gemaakt zijn bij het oprichten van het HIC. Er staat nog mogelijk een optie open voor de voortzetting van het HIC. VWS is momenteel hierover nog in gesprek met een geïnteresseerde partij.

76

*Waarom zijn de cijfers in tabel 3 weergegeven zonder najleffect, terwijl de begrotingscijfers zijn gepresenteerd inclusief najleffect?*

Bij de wachtlijstpeiling van 1 oktober 2001 zijn de cijfers gepresenteerd inclusief en exclusief het zogenaamde najleffect. Bij alle wachtlijstpeilingen is direct na de peildatum bij het CAK nagegaan hoeveel mensen op de peildatum overbruggingszorg ontvingen. Bij de peiling van 1 oktober 2001 was het mogelijk om dit ongeveer drie maanden later nog een keer na te gaan. Aangezien er enige maanden overheen kunnen gaan voordat iemand die (overbruggings)zorg ontvangt in de administratie van het CAK is verwerkt, is het percentage overbruggingszorg bij de meting inclusief najleffect hoger. Het totale aantal wachtenden blijft overigens gelijk.

Bij alle andere peilingen die in tabel 3 zijn gepresenteerd is het najleffect nooit gemeten. Om de cijfers in de tabel zoveel mogelijk vergelijkbaar te houden is er in het jaarverslag 2003 voor gekozen om de cijfers over 1 oktober 2001 zonder najleffect op te nemen.

77

*Kan worden verklaard waarom de invloed van de extra gerealiseerde productie op de wachtlijsten niet goed is in te schatten?*

De wachtlijst is het resultaat van de vraag en het aanbod (productie) in de zorg. De vraag in de zorg staat onder invloed van diverse factoren, zoals de demografie, de zogeheten latente vraag, technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Hierdoor is een accurate inschatting van de vraagontwikkeling en de invloed van de extra middelen op de wachtlijsten niet goed mogelijk.

78

*Waarom heeft de subsidieregeling extramurale dienstverlening voor 2003 een plafond van € 23 miljoen, terwijl op jaarbasis € 31 miljoen beschikbaar is?*

Deze regeling is pas op 1 april 2003 in werking getreden. Het bedrag van € 23 miljoen is  $\frac{3}{4}$  (namelijk voor 9 maanden) van het totaalbedrag dat voor 2003 beschikbaar was.

79

*Wanneer is de subsidieregeling Diensten bij wonen en zorg in werking getreden? Waarom is de regeling niet al op 1 januari 2004 van start gegaan, zoals voorzien was?*

De subsidieregeling is met terugwerkende kracht per 1 januari 2004 van start gegaan.

80

*Betekent het loslaten van een streefcijfer voor het percentage ouderen dat zelfstandig woont dat de regering bij het vaststellen van het beleid met geen enkel percentage rekening houdt? Zo ja, op grond waarvan wordt het beleid dan gerealiseerd? Zo nee, met welk percentage houdt de regering rekening? Waarom is in de begroting 2003 nog wel een streefcijfer opgenomen?*

In het Jaarverslag 2003 is aangegeven waarom het niet zinvol wordt geacht om als streefcijfer het percentage mensen in zorg dat over een zelfstandige woning beschikt te hanteren. Dat wil niet zeggen dat geen concrete doelen worden gesteld. In de gezamenlijke brief van de minister van VROM en mij van 15 september 2003 is gepreciseerd wat de kwantitatieve opgave is ten aanzien van zogenaamde nultrredenwoningen en verzorgd wonen. Ik verwijs hierbij ook naar het antwoord op vraag 81.

81

*Wanneer verschijnt de update van de woonzorgmonitor? Wordt deze ook aan de Tweede Kamer toegestuurd?*

Naar aanleiding van de brief van 15 september 2003 over de kwantitatieve opgave op het terrein van wonen en zorg hebben mijn collega van VROM en ik toegezegd dat een actieplan wordt opgesteld; u ontvangt dat voor het zomerreces. Met betrekking tot het monitoren van de voortgang wordt in dit actieplan voorgesteld dat voortaan in de jaarverslagen van VROM respectievelijk VWS zal worden gerapporteerd over de voortgang in het voorafgaande jaar. Voor de eerste maal betreft dat het jaarverslag over 2004.

82

*Waarom is een streefcijfer benoemd voor het aantal huishoudens dat een combinatie van informeel en professionele zorg ontvangt, terwijl de regering nu meldt dat er geen instrumenten zijn om deze cijfers te presenteren? Is niet een globale schatting te geven van de ontwikkeling in het aantal mantelzorgers? Zo ja, hoe luidt die? Zo nee, waarom niet?*

Bij het noemen van de door u bedoelde streefcijfers ging ik ervan uit dat tegelijkertijd een meetinstrument kon worden ontwikkeld om een en ander te kunnen vaststellen. Met betrokken mantelzorgorganisaties, het College voor zorgverzekeringen en Zorgverzekeraars Nederland is wel een instrument ontwikkeld dat zich primair richt op de activiteiten van de instellingen die worden gesubsidieerd op basis van de subsidieregeling coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg. Daarnaast is het gebruik

van professionele zorg opgenomen in het traject rond de AWBZ-brede zorgregistratie. Vanwege het feit dat niet bekend is wie mantelzorg verleent, is het onmogelijk gebleken beide zaken met elkaar in verband te brengen.

Door het SCP is in 2001 een onderzoek verricht naar mantelzorg. Het SCP geeft aan dat er in Nederland 2,4 miljoen mensen zijn die langer dan drie maanden of meer dan acht uur per week hulp hebben gegeven aan een naaste.

83

*Heeft het later in werking treden van de Wet op de jeugdzorg al gevolgen gehad voor de uitgaven in 2003? Zo ja, welke?*

Nee, dit heeft geen gevolgen gehad voor de uitgaven in 2003.

84

*Op welke manier is extra aandacht besteed aan lokaal jeugdbeleid? Welke bestuurlijke afspraken zijn gemaakt over de functies die op lokaal niveau in ieder geval aanwezig moeten zijn?*

In het kader van de totstandkoming van de proeve van de Jeugdagenda van de Operatie Jong (TK 2003–2004, 29 284, nr. 1) is aandacht besteed aan lokaal jeugdbeleid. Uit een rapport van het SCP «Beleid in de groei» (oktober 2003) blijkt, dat de meeste gemeenten jeugdbeleid hebben geformuleerd, maar dat er nog een belangrijke slag valt te maken, met name in de richting van preventief beleid gericht op jeugdigen die risico lopen op achterstanden en/of uitval.

Daarnaast is samen met onder andere de VNG en het IPO gezien welke gemeentelijke taken onderscheiden kunnen worden, voorafgaand aan de jeugdzorg. Met de bestuurlijke partners VNG, IPO en MO-groep is naar aanleiding van deze verrichtingen overeenstemming bereikt over de functies die op lokaal niveau in ieder geval aanwezig moeten zijn. U bent hierover bij brief op 18 juni 2003 geïnformeerd (TK 2002–2003, 28 606, nr. 8). Het gaat om de functies advies en informatie, signaleren van problemen, toegang tot het hulpaanbod, licht pedagogische hulp en coördinatie van zorg. Met het benoemen van deze functies is vastgelegd wat er minimaal van gemeenten verwacht wordt op het terrein van het preventief jeugdbeleid. Gemeenten geven deze functies invulling, samen met de partners op lokaal niveau. Afsproken is de gemeenten te ondersteunen bij het verder versterken van het lokaal preventief jeugdbeleid, mede afhankelijk van uitkomsten van onderzoek naar de uitvoering van de gemeentelijke taken. De VNG heeft te kennen gegeven, in 2004 gezamenlijk met VWS te willen optrekken in het te starten ondersteuningstraject.

Het onderzoek naar de wijze waarop gemeenten invulling geven aan het preventieve jeugdbeleid is nog niet afgerond. De onderzoeksresultaten zullen rond de zomer 2004 opgeleverd worden. U wordt daarover te zijner tijd geïnformeerd.

85

*Welke algemene conclusie verbindt de regering aan de over de brede linie zeer sterk opgelopen wachtlijsten in de jeugdzorg, de ambitieuze ramingen voor 2003 ten spijt? Welke maatregelen neemt de regering om de wachtlijsten vanaf 2004 wel te bekorten? Hoeveel geld is hiervoor beschikbaar?*

De regering maakt zich zorgen over de opgelopen wachtlijsten in de jeugdzorg. De meest recente wachtlijstcijfers per 1-1-2004 laten op een aantal onderdelen gelukkig enige verbetering zien. Dat neemt niet weg dat een voortvarende aanpak van wachtlijsten in de jeugdzorg nog steeds

nodig is. Eerder heeft de taskforce wachtlijsten jeugdzorg de volgende aanbevelingen gedaan voor de aanpak van wachtlijsten op landelijk niveau:

- Beschikbaar stellen van extra middelen voor extra aanbod;
- Snelle invoering van de Wet op de jeugdzorg om vraag en aanbod beter op elkaar af te kunnen stemmen;
- Afspraken maken over gemeentelijke taken op het gebied van jeugd-beleid, voorafgaand aan de jeugdzorg.

Aan al deze drie aanbevelingen geef ik nu uitwerking. Voor extra aanbod aan jeugdzorg komt vanaf 2004 € 11,7 miljoen beschikbaar, oplopend tot € 39,4 miljoen vanaf 2007. De Wet op de jeugdzorg is in 2004 door de Eerste Kamer aangenomen en wordt per 1 januari 2005 ingevoerd. Met IPO en VNG heb ik reeds bestuurlijke overeenstemming bereikt over de inhoud van de gemeentelijke taken voor jeugd-beleid.

Daarnaast hebben de provincies en grootstedelijke regio's een belangrijke verantwoordelijkheid voor de aanpak van de wachtlijsten. In het najaar van 2003 hebben de minister van Justitie en ik met het Interprovinciaal Overleg een bestuursakkoord gesloten. Hierin is afgesproken dat met de extra middelen die de regering beschikbaar stelt en door doeltreffender en doelmatiger te werken het mogelijk is de komende jaren meer cliënten te helpen zodat de wachtlijsten in de loop van 2006 flink teruggebracht kunnen zijn.

86

*Wie toetst de werking van het referentiemodel voor de ontwikkeling van de bureaus jeugdzorg?*

VWS heeft de MO-groep subsidie verstrekt voor het opstellen van implementatieplannen voor het referentiewerkmodel per bureau jeugdzorg. Met de MO-groep is afgesproken dat zij ook subsidie kunnen aanvragen voor het daadwerkelijk uitvoeren van de implementatieplannen. Deze implementatieplannen worden nog deze zomer opgeleverd. Uitvoering kan in juli van start gaan.

De provincies zijn er verantwoordelijk voor dat de bureaus jeugdzorg werken conform de Wet op de jeugdzorg en dienen dit aan het Rijk jaarlijks te verantwoorden. Daarnaast dient de MO-groep bij de verantwoording van de subsidie aan te geven welke resultaten ook inhoudelijk behaald zijn. Daarmee heeft het Rijk twee bronnen (provincies en MO-groep) om te toetsen of de bureaus jeugdzorg werken conform het referentiewerkmodel.

Tot slot is het referentiewerkmodel de grondslag voor de informatievoorziening van de bureaus jeugdzorg. In de administratieve organisatie van het bureau jeugdzorg moet daarom middels systeemeisen de werking via het referentiewerkmodel gewaarborgd worden.

87

*Kan de regering de forse stijging van het aantal wachtenden op een vervolgggesprek bij de bureaus jeugdzorg van 2413 in 2002 naar 4166 in 2003 verklaren, ondanks het feit dat een «eenduidige» verklaring kennelijk niet te geven is? Wat vindt de regering van deze toename? Hoe beoordeelt de regering het aantal wachtenden van 4166 in relatie tot het geraamde aantal wachtenden in 2003, dat slechts 500 bedroeg? Waar was die raming op gebaseerd? Welke beleidsinstrumenten hadden moeten zorgen voor de drastische verlaging van het aantal wachtenden in 2003? Waarom is dat niet gelukt?*

De forse stijging van het aantal wachtenden op een vervolgggesprek bij het bureau jeugdzorg, bleek met name te wijten aan een foutieve weergave

van het aantal wachtenden bij het bureau jeugdzorg Amsterdam. Na correctie hiervan bleek het aantal wachtenden in 2003 3241.

Uit de cijfers van de taskforce wachtlijsten jeugdzorg per 1 januari 2004 blijkt dat het aantal wachtenden op een vervolgesprek bij het bureau jeugdzorg flink is gedaald. Het aantal wachtenden bedraagt per 1 januari 2 317, een daling van 29%.

Ik heb de taskforce wachtlijsten jeugdzorg gevraagd om te komen met een nadere analyse van de wachtlijsten in de jeugdzorg en daarbij ook de relatie tussen het aantal aanmeldingen en het aantal wachtenden op vervolgesprek mee te nemen. Deze nadere analyse zullen zij dit najaar opleveren.

De raming van het aantal wachtenden op een vervolgesprek bij het bureau jeugdzorg (ook wachtenden AMK (vraag 88) en wachtenden zorgaanbod (vraag 93)) was gebaseerd op de schattingen van de omvang van de wachtlijsten in 2001 door de Commissie Wachtlijsten in de Jeugdzorg. De verwachting was toen dat met het instellen van een taskforce wachtlijsten jeugdzorg, het éénmalig beschikbaar stellen van extra middelen en waarvoor alle provincies en grootstedelijke regio's plannen zouden opstellen voor het terugdringen van de wachtlijsten, de wachtlijsten in de jeugdzorg zouden dalen.

De taskforce wachtlijsten jeugdzorg heeft zich sterk ingezet voor het verkrijgen van uniforme en betrouwbare wachtlijstcijfers. Alle bureaus jeugdzorg registreren nu conform deze indicatoren. De huidige cijfers zijn daarom niet goed vergelijkbaar met de eerste meting van de Taskforce wachtlijsten Jeugdzorg. De betrouwbaarheid van de cijfers is na de eerste meting sterk toegenomen. Daarnaast bleken de incidentele extra middelen, die zijn toegekend in 2001, onvoldoende om de wachtlijsten aan te pakken. De taskforce heeft de regering in 2003 geadviseerd structureel extra geld voor de jeugdzorg in te zetten om aan de toenemende vraag tegemoet te kunnen komen (kamerstuk 28 606, nummer 6). Mede naar aanleiding hiervan heeft de regering extra geld voor de verhoging van de productie in de jeugdzorg ter beschikking gesteld: € 11,7 miljoen in 2004 oplopend tot € 39,4 miljoen vanaf 2007.

88

*Kan de regering de forse stijging van het aantal wachtenden dat wacht op de start van een onderzoek door een AMK van 827 in 2002 naar 1110 in 2003 verklaren? Wat vindt de regering van deze toename? Hoe beoordeelt de regering het aantal wachtenden van 1110 in relatie tot het geraamde aantal wachtenden in 2003, dat slechts 200 bedroeg? Waar was die raming op gebaseerd? Welke beleidsinstrumenten hadden moeten zorgen voor de drastische verlaging van het aantal wachtenden in 2003? Waarom is dat niet gelukt?*

De toename van het aantal wachtenden bij het AMK vertoont een duidelijke samenhang met de stijging van het aantal meldingen. Het aantal meldingen is toegenomen van 6027 in 2001, naar 7212 in 2002 en 8080 in 2003. Het aantal meldingen is daarmee in twee jaar tijd met 34% gestegen. Belangrijkste verklaring hiervoor is de toename van de naamsbekendheid van het AMK. Ook de wachtlijstcijfers per 1 januari 2004 laten een stijging zien, het aantal wachtenden op de start van een onderzoek is per 1 januari 2004 1391. Wel constateert de taskforce wachtlijsten jeugdzorg een stijging van de productie: in de tweede helft van 2003 is het aantal afgeronde onderzoeken 21% hoger dan in de eerste helft van 2003. Ik heb de taskforce wachtlijsten jeugdzorg gevraagd om te komen met een nadere analyse van de wachtlijsten in de jeugdzorg. Deze nadere analyse zullen zij dit najaar opleveren.

Voor een toelichting op het verschil tussen raming en realisatie zij verwezen naar het antwoord op vraag 87.

89

*Hoe verklaart de regering dat het aantal aanmeldingen bij de bureaus jeugdzorg nauwelijks stijgt, terwijl het aantal wachtenden op een vervolgesprek een enorme toename kent?*

Zie het antwoord op vraag 87.

90

*Waarom is de stijging in de doorlooptijd van de bureaus jeugdzorg te wijten?*

Een belangrijke factor voor de stijging van de doorlooptijden is het feit, dat de bureaus jeugdzorg zeer druk bezig zijn om zaken op orde te krijgen voor de invoering van de Wet op de jeugdzorg. Er zijn veel fusies en reorganisaties geweest, het referentiewerkmodel en de informatiehuishouding worden geïmplementeerd en men bereidt zich voor op de indicatiestelling voor de jeugd-ggz per 1 januari 2005. Dit najaar komt de taskforce wachtlijsten jeugdzorg met een nadere analyse van de wachtlijsten.

91

*Op welke wijze kunnen bureaus jeugdzorg met een langere doorlooptijd hun bedrijfsvoering verbeteren? Gaat de regering hen daar op aanspreken en/of bij ondersteunen?*

De jeugdzorgbrigade, onder leiding van Frank de Grave, heeft als taak de bureaucratische uitvoering van de Wet op de jeugdzorg aan te pakken. Ik zal de brigade daarbij vragen expliciet aandacht te besteden aan de doorlooptijden bij het bureau jeugdzorg.

Daarnaast ga ik in 2004 een doorbraakproject subsidiëren dat als doel heeft de werkprocessen van de bureaus jeugdzorg door te lichten en de bureaus jeugdzorg te ondersteunen bij het zoveel mogelijk terugdringen van deze doorlooptijd.

92

*Onderneemt de regering, in afwachting van het onderbrengen van de AMK's bij de bureaus jeugdzorg, stappen om de kwetsbaarheid van AMK's en daarmee hun wachtlijsten, te verminderen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?*

Het kabinet heeft in het hoofdlijnenakkoord extra geld uitgetrokken voor preventie en jeugdzorg. Hiervan is € 11,7 miljoen in 2004 olopend tot € 39,4 miljoen in 2007 bestemd voor productievergroting in de jeugdzorg, bij onder meer de AMK's.

Het versterken van de AMK's zodat deze minder kwetsbaar zijn en kwalitatief goed functioneren is de verantwoordelijkheid van de provincies en de AMK's. Door een aantal provincies zijn dan ook, specifiek voor het wegwerken van de wachtlijsten bij de AMK's, extra middelen beschikbaar gesteld.

Verder heeft een succesvolle aanpak van de wachtlijsten bij het AMK in Groningen, door de inzet van gespecialiseerde uitzendkrachten, navolging gekregen bij een aantal andere AMK's.

Daarnaast zijn de AMK's en de bureaus jeugdzorg inmiddels volop bezig om de integratie van beide organisaties te realiseren, waardoor problemen door bijvoorbeeld ziekteverzuim en personeelsverloop zo snel mogelijk kunnen worden ondervangen. Bij invoering van de Wet op de jeugdzorg op 1 januari 2005 maken de AMK's officieel deel uit van het bureau jeugdzorg. De verwachting is dat de AMK's dan minder kwetsbaar zijn voor bovengenoemde factoren.

93

*Kan de regering de aanzienlijke stijging van het aantal wachtenden op alle vormen van provinciaal gefinancierde jeugdzorg in 2003 verklaren? Wat vindt de regering van deze toename? Hoe beoordeelt de regering het aantal wachtenden op deze vormen van jeugdzorg in relatie tot de zeer lage geraamde aantallen wachtenden in 2003? Waar waren die ramingen op gebaseerd? Welke beleidsinstrumenten hadden moeten zorgen voor de drastische verlaging van het aantal wachtenden in 2003? Waarom is dat niet gelukt?*

Het aantal wachtenden op provinciaal gefinancierde jeugdzorg blijkt bij de meting van 1 januari 2004 gedaald te zijn ten opzichte van 2003 met 9%. Zowel deze daling als de stijging in 2003 zijn voor een groot deel terug te voeren op de wachtlijstcijfers van de provincie Limburg. Ik heb de taskforce wachtlijsten jeugdzorg gevraagd om te komen met een nadere analyse van de wachtlijsten in de jeugdzorg. Deze nadere analyse zullen zij dit najaar opleveren. Voor een toelichting op het verschil tussen raming en realisatie zij verwezen naar het antwoord op vraag 87.

94

*Trekt de regering uit de stijging van de wachtlijsten in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg de conclusie dat de middelen die het rijk aan de provincies heeft verstrekt, ontoereikend zijn? Zo nee, waarom niet?*

De wachtlijsten waren voor het kabinet reden om extra middelen ter beschikking te stellen voor de jeugdzorg. In het najaar van 2003 hebben de minister van Justitie en ik met het Interprovinciaal Overleg een bestuursakkoord gesloten over het beschikbare financiële kader voor uitvoering van de Wet op de jeugdzorg. Kern van dit akkoord is dat de extra middelen, in combinatie met een vergroting van de doelmatigheid, tot aanvaardbare wachttijden moet leiden. Over het bestuursakkoord heb ik de Tweede Kamer dit voorjaar eerder geïnformeerd (Tweede Kamer 2003–2004, 28 606, nr. 10). In antwoord op een eerder gestelde vraag van de Tweede Kamer, heb ik recent een uitgebreid overzicht gegeven van de beschikbare financiële middelen voor de jeugdzorg in de periode 2004–2007 (Tweede Kamer 2003–2004, nr. 1428).

95

*Waarom worden de ramingen uit de begroting 2003 over verschillende aspecten met betrekking tot de jeugdhulpverlening niet verantwoord, terwijl de nieuwe indicatoren in het kader van de Wet op de jeugdzorg nog geen opgeld doen? Bent u bereid deze gegevens over 2003 alsnog te verstrekken? Zo nee, waarom niet?*

De begroting 2003 kende voor de jeugdhulpverlening de volgende indicatoren:

- 1 Aantal wachtenden langer dan 5 werkdagen op een vervolgesprek bij het bureau jeugdzorg;
- 2 Aantal wachtenden met een zorgvraag per zorgtype langer dan 45 werkdagen
- 3 Regionale capaciteit jeugdhulpverlening
4. Gemiddeld bezettingspercentage jeugdhulpverlening
5. Gemiddelde behandelingsduur in de jeugdhulpverlening

De realisatie 2003 van de indicatoren genoemd onder punt 1 en 2 zijn vermeld in het onderhavige Jaarverslag 2003 van VWS. De geactualiseerde gegevens van de indicatoren genoemd onder punt 3 en 4 zijn opgenomen in de bijlage van mijn brief aan de Tweede Kamer van 23 januari 2004 (Tweede Kamer 2003–2004, 28 606, nr. 10). De realisatie 2003 van de indicator onder punt 5 treft u hierbij aan:

Gerealiseerde gemiddelde behandelingsduur per hoofdtype jeugdhulpverlening in 2003:

- geïndiceerd ambulante zorg: 8 maanden
- dagbehandeling: 12 maanden
- pleegzorg: 19 maanden
- residentiële zorg: 6 maanden

(Bron: Algemeen Jaaroverzicht Jeugdhulpverlening 2003, SRJV, Utrecht)

96

*Wat waren de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek naar het gemeentelijk jeugdbeleid? Op welke wijze wordt de vraag hoe gemeenten hun taken goed kunnen uitvoeren, verder uitgewerkt?*

Zie het antwoord op vraag 84.

97

*Wat waren de belangrijkste bevindingen van de update die in 2003 is opgesteld van het rapport over kinderrechten?*

In de update, die bedoeld is als aanvullende informatie voor de bijeenkomst van de Nederlandse delegatie met het VN-Kinderrechtencomité die op 19 januari 2004 heeft plaatsgevonden, worden geen bevindingen geformuleerd. Na afloop van de bijeenkomst heeft het comité zijn «concluding observations» geformuleerd. Hierin maakt het comité melding van zijn bevindingen in een aantal conclusies en aanbevelingen aan Nederland over de uitvoering van het VN-verdrag. Deze conclusies en aanbevelingen zullen tijdens de volgende rapportage aan het VN-comité in 2007 aan de orde komen. Zij hadden betrekking op een groot aantal uiteenlopende onderwerpen, zoals het Nederlandse vreemdelingenbeleid, euthanasie, geweld in de opvoeding enzovoorts.

Het document met alle «concluding observations» van het comité over Nederland is te vinden op [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CRC.C.15.Add.227.En? OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CRC.C.15.Add.227.En? OpenDocument).

Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan het Nationaal Actieplan Kinderen dat ik eind juni aan de Verenigde Naties in New York wil aanbieden als gevolg van de aldaar gehouden VN-Kindertop in 2002. In dit Nationaal Actieplan Kinderen wordt tevens ingegaan op de conclusies en aanbevelingen die door het VN-Kinderrechtencomité in Genève zijn gedaan, voorzover die tot nadere actie van het kabinet aanleiding gaven. Ik zal dit document dan tevens aan uw Kamer doen toekomen.

98

*Hoe verhoudt zich de beleidsdoelstelling van artikel 8 zich met de herziening van het subsidiebeleid, waardoor tal van instrumenten om de doelstelling te bereiken, zullen verdwijnen?*

De herziening van het subsidiebeleid heeft voor 2003 geen consequenties, dus ook niet voor deze beleidsdoelstelling. Overigens betekent de herziening van het subsidiebeleid niet automatisch dat instrumenten zullen verdwijnen als organisaties niet langer of minder subsidie ontvangen. Bij de meeste instellingssubsidies die op grond van dit artikel worden verstrekt, is in het kader van de herziening van het subsidiebeleid uitsluitend sprake van een efficiencykorting.

99

*VWS heeft in 2003 instellingssubsidie verstrekt aan FORUM en het NIZW voor onder andere (multiculturele) wijkontwikkeling. Wat wordt precies*

*bedoeld met multiculturele wijkontwikkeling? Aan de hand van welke criteria wordt bepaald of de inspanningen op het gebied van multiculturele wijkontwikkeling zijn geslaagd?*

Het programma *Wijkontwikkeling* gaat uit van de diversiteit van leefstijlen en (sub)culturen in de buurt. De uitwerking van het programma *Wijkontwikkeling* is gebaseerd op de filosofie dat allochtone en autochtone bewoners verschillende beelden hebben over hun buurt en van daaruit hun binding ontwikkelen. Hun beelden zijn (sub)cultureel gekleurd. Het is belangrijk dat die gedeelde wereld, de buurt, voldoende bindingsmogelijkheden biedt voor alle groepen – oud, jong, allochtoon, autochtoon – die erin leven. Goede, positieve beelden zorgen ervoor dat positieve bindingen ontstaan. Cultuur (groepsidentiteit), welzijnsbeleving en binding aan de wijk zijn dus nauw met elkaar verbonden. Daarnaast staat ook het meedenken en het meedoen van de burger centraal. Dit betekent dat bewoners betrokken worden bij de verbetering van de kwaliteit van hun woon- leefomgeving. Het uiteindelijke doel is bewoners te laten participeren, medeverantwoordelijk te maken en volwaardig partner te laten zijn in het lokaal sociaal beleid dat op hun wijk van toepassing is. Met dat laatste zijn tevens de criteria gegeven aan de hand waarvan wordt bepaald of de inspanningen geslaagd zijn. Afhankelijk van de concrete activiteiten worden de effecten gemeten door tevredenheidsonderzoek onder deelnemers of beleidsmakers, dan wel wordt een externe evaluatie uitgevoerd.

100

*Hoe is de forse verlaging van het aantal gehonoreerde breedtesportprojecten van 85 in 2002 naar 42 in 2003 te verklaren? Hebben de aangekondigde bezuinigingen hiermee van doen? Zo, op grond waarvan vindt de regering dit acceptabel? Hoeveel aanvragen zijn er in 2002 en in 2003 in totaal ingediend?*

Het aantal aanvragen voor een subsidie voor een breedtesportimpuls vanuit gemeenten wisselt in de loop der jaren. Zo zijn in 2001 55 aanvragen gehonoreerd en in 2002 75. In 2003 zijn in 37 gemeenten projecten gesubsidieerd, terwijl in 2004 weer een stijgende lijn te zien was tot 55 gemeenten. Het aantal provincies en bonden dat gesubsidieerd wordt loopt in de loop der jaren terug aangezien veel provincies en geïnteresseerde bonden reeds een subsidie ontvangen hebben. De geconstateerde daling is derhalve deels een toevallige, deels een die gebaseerd is op het feit dat in aanmerking komende partijen reeds bediend worden. Op het voor de breedtesportimpuls beschikbare budget is in 2003, evenals in 2004 niet bezuinigd. Voor de laatste tranche van de breedtesportimpuls in 2004 voor projecten met een start in 2005 hebben ten slotte 82 gemeenten een aanvraag ingediend. Ten opzichte van 2003 wederom een duidelijke stijging.

101

*Het financiële instrumentarium van het topsportbeleid richt zich onder meer op de begeleiding van de topsporter. Is er in 2003 ook aandacht geweest voor de begeleiding van topsporters na hun sportieve carrière? Zo ja, hoe heeft dit beleid gestalte gekregen? Welke doelen zijn bereikt tegen welke kosten?*

Ja, in 2003 is vanuit NOC\*NSF en de Olympische Steunpunten aandacht geweest voor de begeleiding van topsporters na hun sportieve carrière, de zogenaamde nazorg. VWS heeft hiervoor aan NOC\*NSF subsidie verleend ter grootte van € 44 700. NOC\*NSF verzorgt de nazorg aan oud A-topsporters en de Olympische Steunpunten verzorgen de nazorg aan oud B-topsporters.

Het beleid bestaat uit het bieden van begeleiding aan gestopte topsporters bij en specifieke ondersteuning in de overstap van een topsportloopbaan naar een maatschappelijke loopbaan. Bij de geboden voorzieningen horen, indien nodig: medische advisering, ondersteuning op psychologisch gebied, zorg op het gebied van studie dan wel werk en advisering en ondersteuning op financieel en fiscaal gebied. In 2003 hebben 51 topsporters in een nazorgtraject gezeten. Deze sporters hebben niet allen hun carrière in 2003 beëindigd, sommigen zaten nog in het nazorgtraject van 2001 en 2002. Met allen zijn specifieke intakegesprekken gevoerd en acties in het kader van nazorg uitgezet.

102

*Welke twee organisaties is een korting op de subsidie opgelegd, omdat zij geen adequaat anti-dopingbeleid voerden?*

De Karate Do Bond is 5% gekort vanwege het ontbreken van een deugdelijk dopingreglement en er ook geen voorlichtingsactiviteiten op dopinggebied werden georganiseerd.

De Cricketbond is gekort vanwege een ondeugdelijk dopingreglement waarover al een jaar eerder dezerzijds opmerkingen zijn gemaakt. De korting is recent, conform het beleid, teruggedraaid, aangezien onverwacht eind 2003 alsnog een actueel en door het bestuur bekrachtigd reglement is ingediend.

103

*Waarom zijn in tabel 2 geen cijfers uit 2003 opgenomen? Kan de Tweede Kamer hierover alsnog de beschikking krijgen?*

De wettelijke behandeltermijn voor aanvragen en bezwaarschriften varieert van enkele weken tot negen maanden, afhankelijk van het soort aanvraag en de woonplaats van de indiener (binnenland of buitenland). De behandeltermijn kan opgeschort worden, bijvoorbeeld wanneer de aanvraag of het bezwaarschrift incompleet is ingediend. Op dit moment zijn, gezien de wettelijke behandeltermijnen en eventuele opschortingen van de behandeltermijn, nog niet alle aanvragen en bezwaarschriften die in 2003 zijn ingediend, afgehandeld. De *voorlopige cijfers* voor de eerste helft van 2003 zijn bekend en verwerkt in de volgende tabel.

**Tabel 2 Gerealiseerde behandeltermijnen wetsuitvoering PUR binnen de (verlengde) termijn in procenten (1e helft 2003, voorlopig)**

<b>Wuv</b>	
Eerste aanvragen	80
Vervolgaanvragen	81
Bezwaarschriften	84
<b>Wubo</b>	
Eerste aanvragen	90
Vervolgaanvragen	85
Bezwaarschriften	78
<b>Wbp, Wbp-z, WIV</b>	
Eerste aanvragen	94
Vervolgaanvragen	97
Bezwaarschriften	85

104

*Wat vindt de regering van het feit dat het percentage Nederlanders dat herdenking van slachtoffers en de viering van de bevrijding belangrijk vindt is gedaald van 86% in 2002 naar 78% in 2003 (herdenken) en van 81% in 2002 naar 71% in 2003 (vieren)? Zijn deze cijfers aanleiding voor extra beleid? Zo ja, welk beleid? Zo nee, waarom niet?*

Het herdenken van slachtoffer op 4 mei en het vieren van de bevrijding op 5 mei wordt door respectievelijk 81% (herdenken) en 76% (vieren) als belangrijk aangemerkt (Cijfers uit Nationaal Vrijheidsonderzoek 2004). Zowel herdenken als vieren wordt door slechts 9% van de Nederlanders niet belangrijk gevonden. De dalende tendens die zich in 2003 leek in te zetten lijkt daarmee hersteld. Zeker is, dat het draagvlak voor herdenken en vieren nog altijd groot is.

Het geheel van aan de Tweede Wereldoorlog gerelateerde vraagstukken is nog steeds van zodanig grote maatschappelijke betekenis, dat nog lange tijd actieve overheidsbemoeienis geboden is. Met name het in stand houden van de herinnering aan en de educatie over de Tweede Wereldoorlog is van belang, omdat daarmee bewustwordingsprocessen op gang kunnen worden gebracht waarbij een link met hedendaagse gebeurtenissen wordt gelegd. Mijn beleid voor de komende jaren, dat ik u heb geschetst in mijn brief van 21 januari 2004 (Tweede Kamer 2003–2004, 20 454 en 25 839, nr. 66), is daar sterk op gericht.

105

*Wanneer worden de eerste resultaten van het breed historisch onderzoek naar de Japanse bezetting en de Bersiapperiode verwacht?*

Het onderzoeksprogramma «Van Indië tot Indonesië; de herschikking van de Indonesische samenleving» is gestart in december 2002 en zal in maximaal vier jaar worden afgerond. De eerste resultaten worden in het najaar van 2004 verwacht. Het betreft de resultaten van het onderzoek naar de achterstallige salarissen, de zogenoemde «backpay». Begin 2005 zal over de resultaten van dit deelonderzoek een boek verschijnen dat toegankelijk is voor een breder publiek.

De resultaten van het deelonderzoek «Schade en rechtsherstel» zouden aanvankelijk ook in het najaar van 2004 beschikbaar zijn. Dit blijkt echter niet haalbaar te zijn. De afgelopen maanden is met het Indisch Platform overleg gevoerd over de invulling van dit deelonderzoek. Het Indisch Platform heeft aangegeven dat onderzoek naar het naoorlogs rechtsherstel onlosmakelijk verbonden is met de bersiap-periode. Na overleg met het Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie (NIOD) ten behoeve van de nadere bepaling van mijn standpunt, is gebleken dat de complexiteit van dit onderwerp zich pas lopende het onderzoek ten volle heeft geopenbaard. Voor een goed begrip van de problematiek van schadevergoeding, rechtsherstel en restitutie, blijkt het noodzakelijk om de gehele periode van het conflict (vanaf de Japanse capitulatie in augustus 1945 tot aan de soevereiniteitsoverdracht in december 1949) te beschrijven. Lopende het onderzoek zijn nieuwe en aanvullende bronnen aangetroffen, waarmee de invloed van de periode van het Nederlands-Indische conflict op het rechtsherstel beter beschreven kan worden. Ontginning van het nieuwe bronnenmateriaal maakt verdieping van het onderzoek mogelijk, maar kost meer tijd. Na overleg met het Indisch Platform heb ik daarom besloten de onderzoeksperiode voor de deelstudie te verlengen. Het Indisch Platform heeft hier verheugd op gereageerd. De resultaten van het onderzoek zullen uiterlijk in de zomer van 2005 beschikbaar zijn.

106

*Wat zijn tot dusverre de resultaten van het onderzoeksproject Rechtsherstel homoseksuelen Tweede Wereldoorlog?*

Het kabinet heeft ongeveer € 1 588 231 beschikbaar gesteld voor nadere geschiedschrijving over homoseksualiteit in Nederland tijdens en na de Tweede Wereldoorlog, de reconstructie van de Schorerbibliotheek en het treffen van een voorziening om de onderzoeksresultaten, de bibliotheek en ander cultureel erfgoed toegankelijk te maken. Er is geen sprake van één onderzoek rond het rechtsherstel van homoseksuelen, maar van een

pakket van onderzoeken en andere projecten. Ieder van deze projecten heeft een eigen tijdpad.

Het Internationale Instituut voor Sociale Geschiedenis voert drie onderzoeken uit, namelijk:

- een onderzoek naar de effecten van vervolging op grond van de verbodsbepalingen in Verordening 81/40 en artikel 248 van het Wetboek van Strafrecht;
- onderzoek naar (gedwongen) castraties; en
- onderzoek naar de beeldvorming over homoseksualiteit in de Tweede Wereldoorlog en daarna.

Voor deze drie onderzoeken zijn 2 onderzoekers en een onderzoeker in opleiding aangetrokken, die begin 2004 met hun werkzaamheden zijn begonnen. Een begeleidingscommissie, die in juni een eerste bijeenkomst zal hebben, volgt de vorderingen van de onderzoekers. De onderzoeken zullen in 2007 worden afgerond.

De Schorerstichting geeft uitvoering aan de volgende projecten:

- een boek over homoseksuelen en lesbiennes in het verzet;
- een biografie over Schorer;
- een overzichtsboek vervolging homoseksuelen in Europa tijdens de Tweede Wereldoorlog;
- een boek over het homomonument in Amsterdam.

Het boek over het homomonument is in het voorjaar van 2003 verschenen. De andere projecten zullen naar verwachting eind 2004 worden afgerond.

Het Humanistisch Archief geeft uitvoering aan het schrijven van een biografie over Benno Premesela. Een begeleidingscommissie volgt de vorderingen van de onderzoeker. De biografie zal naar verwachting in 2006 gereed zijn.

Verder is aan IHLIA een subsidie verleend voor de fysieke en virtuele reconstructie van de Schorerbibliotheek. De afronding daarvan is voorzien in 2005. Dan zal er een zo volledig mogelijke bibliotheek toegankelijk zijn voor historici en andere geïnteresseerden.

Ten slotte zal een subsidie worden verleend aan IHLIA voor hun documentatie- en informatiecentrum. IHLIA heeft op mijn verzoek een deskundig bureau ingeschakeld om een meerjarenplanning te maken. Dit najaar zal op basis daarvan worden vastgesteld hoe de projectsubsidie in het kader van het rechtsherstel een bijdrage kan leveren aan het meerjarenplan.

107

*Waarom blijken de ramingen van 2003, gebaseerd op de realisatie 2001, zo afwijkend van de realisatie 2003?*

De raming voor 2003 was gebaseerd op de realisatie 2001 aangezien op dat moment de gegevens over de realisatie 2002 nog niet beschikbaar waren. De realisatie van algemene toezichtbezoeken valt in 2003 in vergelijking tot 2001 laag uit omdat toezichtbezoeken in het kader van een thematisch onderzoek, niet langer worden meegeteld bij het algemeen toezicht. Deze bezoeken vormen nu een onderdeel van de thematische rapportages. In toenemende mate wordt er voor gekozen om samenhangend thematisch toezicht zo veel mogelijk binnen één inspectieprogramma onder te brengen. Dit leidt tot een doelgerichtere inzet van capaciteit en specifieke kennis.

In 2003 was voor thematisch onderzoek ongeveer een kwart van de inspectiecapaciteit ingepland. Als gevolg van doorloop van onderzoeken uit 2002 en omdat inspectiecapaciteit ongepland moest worden ingezet voor calamiteiten zoals SARS en vogelpest, moest de planning van een aantal thematische onderzoeken fors worden aangepast. Uiteindelijk is ongeveer eenderde van de thematische onderzoeken, waarvan afronding in 2003 gepland was, ook daadwerkelijk in 2003 afgerond door de publi-

catie van een rapport. Daarnaast zijn nog een aantal kortschriften verschenen.

108

*Waarom is met name de daling van rapportages inclusief thematisch toezicht toe te schrijven?*

Zie het antwoord op vraag 107.

109

*Wat is de meerwaarde van de verschuiving naar adviezen en richtlijnen? Is dit een doelbewuste verschuiving?*

Er is geen sprake van een geplande verschuiving naar adviezen en richtlijnen. De productie van met name adviezen is afhankelijk van externe factoren en kan daardoor fluctueren. Het gaat hier bijv. om adviezen in het kader van de Wet BOPZ, om bouwadviezen en om adviezen uitgebracht aan beroepsgroepen, burgers, patiëntengroepen en verzekeraars.

110

*Een deel van de projecten is opgeschort of uitgelopen door verplaatsing van capaciteit naar de SARS preventie activiteiten. SARS lijkt ook een groot beslag op de voorlichtingsmiddelen te hebben gelegd. Outbreak van nieuwe epidemieën lijkt een meer structureel probleem te worden. Is hierop onvoldoende structureel geanticipeerd en geven de ervaringen met SARS in 2003 aanleiding tot koerswijzigingen in het beleid van de Inspectie?*

Bij het reageren op – de dreiging van – het grootschalig uitbreken van infectieziekten spelen veel partijen een rol. Mede in het licht van de hier genoemde ervaringen is het besluit genomen om te komen tot een Infectieziekten Autoriteit (IZA) die moet zorgdragen voor een betere coördinatie van de verschillende inzet. De situatie uit 2003 was uitzonderlijk en dit heeft niet geleid tot een principiële koerswijziging bij de inspectie.

111

*In welke zin is «productieverhoging» bij de VWA/KvW een doelstelling? Er ontbreken hier concrete targets. Wat is een optimale productie?*

De VWA/KvW kent de volgende operationele doelstelling:

Het bewerkstelligen van normconform gedrag door toezicht op het naleven van wetten en opsporen van overtredingen.

Om deze operationele doelstelling te realiseren zet de VWA/KvW handhavingsinstrumenten in, zoals inspecties in het kader van toezicht en opsporing, monsteronderzoek, waarschuwingen en boetes.

De capaciteit die de VWA/KvW kan inzetten voor deze operationele doelstelling is zodanig dat steekproefsgewijs te werk gegaan moet worden.

Onderzoek in samenwerking met het Expertisecentrum Rechtshandhaving van het Ministerie van Justitie heeft aangetoond dat verhoging van de handhavingsinspanning een positief effect heeft op het nalevingsniveau van te handhaven wetten. In deze zin is verhoging van de productie (meer inspecties, dus meer «blauw» op straat en meer monsteronderzoek) een middel om de genoemde doelstelling te verwezenlijken.

In de voorbije jaren is jaarlijks een efficiency verhoging van 5% voor wat betreft de inspecties geëffectueerd (totaal 25%). In het huidige tijdsbeeld spelen factoren als ombuigingen cf. het Regeerakkoord en herprioritering van voedselveiligheid richting drank, horeca & tabak en non food. Dit samenspel veroorzaakt vanaf 2005 een geringe verlaging van de productie.

De Algemene Rekenkamer heeft in een onderzoek van 1992 bij de KvW gesteld dat elk te controleren bedrijf minimaal één maal per jaar bezocht zou moeten worden. De hierbij behorende productie aan inspecties, herinspecties en maatregelen zou als optimale productie gedefinieerd kunnen worden. Deze productie kan met de huidige capaciteit echter niet gerealiseerd worden. De VWA is aan de hand van pilots bezig om door middel van nieuwe toezichtsarrangementen de effectiviteit van de handhaving te vergroten. Wanneer deze pilots succesvol blijken, zal de systematiek worden verbreed.

112

*Tot welke herziening van afspraken precies heeft de constatering geleid dat er nog steeds hoge besmetting met salmonella en campylobacter optreedt in het Nederlandse pluimvee?*

De VWA-Surveillance Kipvlees over 2002 toonde aan dat de besmetting met Salmonella een duidelijk dalende trend vertoont maar dat Campylobacter zich handhaaft op circa 30%. De inspanningen van de sector – voornamelijk gericht op optimaliseren van de hygiëne – zijn blijkbaar ontoereikend. Effectievere interventie methoden zijn echter nog niet bekend. De industrie voert inmiddels onderzoek uit naar mogelijke toepassing van decontaminatie. Het CARMA-project zal eind dit jaar de mogelijke interventiemethoden presenteren alsmede de bijbehorende kosten. De implementatie van deze methoden zal moeten resulteren in een snelle daling van de besmetting. VWS en LNV hebben ingezet op een norm voor Salmonella en Campylobacter in kipvlees in 2007 (zie nota «Langer gezond leven 2004–2007», Tweede Kamer 2003–2004, 22 894, nr. 20). De industrie is gehouden met genoemde interventiemethoden deze norm te realiseren.

Het was in 2003 niet realistisch om de industrie te dwingen tot nieuwe prestatienormen zolang de mogelijkheden om die te realiseren niet in beeld waren. Het risico was groot dat veel geld besteed zou zijn aan maatregelen waarvan nu reeds blijkt dat ze weinig effect sorteren. Zo toonde CARMA aan dat bijvoorbeeld logistiek slachten op zich geen realistische optie is.

113

*In het algemeen ontbreken in dit beleidsartikel meetbare doelstellingen. Zo schort het b.v. bij de operationele doelstellingen van de artikelen die het toezicht op de jeugdzorg betreffen aan concretisering. Is het mogelijk meer concrete doelstellingen te omschrijven?*

De meetbare doelstellingen bij het bevorderen van kwaliteit door toezicht op de jeugdzorg zijn vertaald in productie van aantallen rapporten met daarin aanbevelingen voor verbetering van beleid en uitvoering. De tabel met aantallen rapporten staat in het jaarverslag op pagina 168. De inspectie ontwikkelt meer concrete doelstellingen als voor alle sectoren een toezichtarrangement met procesafspraken tussen partijen beschikbaar is. Wij zullen u hierover nog nader informeren.

114

*Op welke concrete operationele doelstellingen wordt aangestuurd in het overleg tussen VWS en Justitie betreffende toezicht op jeugdzorg?*

De concrete operationele doelstelling in het overleg van de Inspectie jeugdzorg met VWS en Justitie over verplicht melden van calamiteiten en over jeugdzorg buiten het toezicht door de inspectie is: het bevorderen van de kwaliteit van jeugdzorg door middel van toezicht. Verplicht melden van calamiteiten verbetert de mogelijkheden voor effectiviteit van toezicht. Concrete afspraken over de reikwijdte van toezicht in

«grijze gebieden» vergroot de mogelijkheden van toezicht. Overleg over meldplicht op het terrein van de Wet op de jeugdzorg (Wjz) heeft inmiddels geleid tot de afspraak met partijen dat instellingen voorkomende calamiteiten melden aan de provincie en aan de inspectie.

Een belangrijke afspraak is dat de inspectie toezicht gaat uitoefenen op plaatsingen van jeugdigen in particuliere instellingen die buiten het toezichtterrein vallen. Dit is aan de orde als de plaatsing wordt gefinancierd met jeugdzorgmiddelen of is gebeurd op grond van een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg.

Op de andere toezichtterreinen dan de Wjz maakt de inspectie met Justitie en de direct betrokken partijen nadere afspraken over beide genoemde onderwerpen bij het opstellen van toezichtarrangementen.

115

*Worden er pro-actieve beleidsconsequenties getrokken bij het RIVM uit de steeds vaker optredende onverwachte epidemieën?*

Het beleid van het RIVM ten aanzien van onverwacht optredende epidemieën richt zich met name op het verder ontwikkelen en operationaliseren van diagnostische methoden voor het vaststellen van de ziekteverwekkers, verdere uitbouw van de daarbij behorende infrastructuur, modeleringsonderzoek uitvoeren op het terrein van de verspreiding van infectieziekten en actief participeren in het nationale en internationale netwerken.

116

*Hoe wordt verklaard dat met minder capaciteit dan geraamd meer budget is gebruikt in de bestrijding van infectieziekten?*

Zoals aangegeven in de toelichting bij tabel 6 op blz. 176 van het Jaarverslag, is sprake van verschillende grootheden. De raming en realisatie van de capaciteit in fte's is gebaseerd op de inzet voor de primaire opdrachtgever. Om aansluiting te houden met de financiële verantwoording zijn in de kolom «realisatie budget» zowel begrepen de uitgaven voor de inzet ten behoeve van de primaire opdrachtgever als de uitgaven voor de inzet ten behoeve van overige opdrachtgevers.

117

*Wat zijn de achtergronden bij de overgang van de sector Vaccins van het RIVM naar het NVI? Hoe is deze overgang verlopen? Is het NVI naar het oordeel van de regering in 2003 voldoende in staat geweest vaccins van goede kwaliteit beschikbaar te stellen?*

Begin 2002 is door de Ministerraad besloten dat de mogelijkheid om vaccins te ontwikkelen en produceren, zoals aanwezig bij RIVM/SVM, dient te worden gehandhaafd onder overheidsverantwoordelijkheid. Daarnaast is besloten dat de vaccinproductietaken van SVM en de vaccinontwikkelingstaken van RIVM dienen te worden samengevoegd in een nieuwe organisatie, het Nederlands Vaccin Instituut (NVI). In 2003 is de RIVM-sector Vaccins (vaccinonderzoek, -ontwikkeling en nazorg) in het NVI ondergebracht. De SVM (Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de loonproducent van de vaccins voor het Rijksvaccinatieprogramma) is begin 2004 gevolgd. Het NVI richt zich op de gehele vaccinwaardeketen, van onderzoek, ontwikkeling, productie, distributie tot nazorg. De verwerving van de definitieve status van batenlastendienst moet een meer resultaat- en productgerichte sturing mogelijk maken. In 2003 zijn veel stappen op weg daar naartoe gezet. Tegelijk is duidelijk dat ook in 2004 forse inspanningen nodig zijn, ook op het gebied van het financiële beheer. De vaccins voor het RVP zijn volgens planning en conform de kwaliteit geleverd.

118

*Hoe verhoudt zich de presentatie van de daling van vaccinatiegraad in het jaarverslag als «licht» met de alarmerende berichten over een te snelle daling van vaccinatiegraad door het RIVM in de media?*

Zie het antwoord op vraag 18.

119

*Zijn er andere oorzaken te melden t.a.v. de daling van het aantal geleverde vaccins dan de op blz. 175 vermelde?*

Neen.

120

*Welke gemeenten krijgen een bijdrage voor sociaal vervoer van inwoners van welke AWBZ-instellingen, en welk bedrag was hiermee gemoeid? Op welke wijze overlapt deze regeling na de modernisering per 1 april 2003 met de AWBZ-functie?*

Gemeenten ontvangen een bijdrage in het kader van het Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten (Bbag) als er in de gemeente gehandicapten in instellingen wonen die op grond van artikel 8 AWBZ zijn toegelaten. Het betreft instellingen die verblijf en behandeling bieden aan:

- verstandelijk gehandicapten;
- verzekerden met een psychiatrische aandoening;
- verzekerden met een somatische of geriatrische aandoening of lichamelijke handicap;
- blinden en slechtzienenden;
- doven en slechthorenden.
- Daarnaast betreft het de volgende instellingen:
- het Dorp in Arnhem;
- het instituut voor Epilepsiebestrijding, omvattende de locaties Meer en Bos in Heemstede en De Cruquiushoeve in Vijfhuizen;
- een instelling behorende tot de epilepsiecentra Kempenhaeghe in Heeze-Leende.

In 2003 was er voor de uitvoering van het besluit € 22,1 miljoen beschikbaar. Dit geld is over 329 gemeenten verdeeld.

De bijdrage in het kader van Bbag is bedoeld ter bekostiging van vervoersvoorzieningen van bewoners van bovengenoemde instellingen op grond van de Wet voorzieningen gehandicapten. Er is geen overlap met vervoer dat op grond van de AWBZ wordt geboden omdat de vervoersvoorzieningen bij de Wvg bedoeld zijn voor sociaalrecreatieve doeleinden, zoals familiebezoek. In de AWBZ betreft de vervoersvoorziening uitsluitend geïndiceerd vervoer voor dagbesteding.

121

*De regering heeft in 2003 een aantal richtlijnen afgerond. Wil de regering aangeven welke richtlijnen er eind 2003 nog op afronding wachtten? Hoe verhoudt de snelheid van implementatie zich tot de andere landen in de Europese Unie?*

In 2003 heeft de Nederlandse regering 86 richtlijnen geïmplementeerd, waarvan 27 door VWS (zie TK 2003–2004, 21 109, nr. 120). Eind 2003 wachtten er nog 59 richtlijnen waarvan de implementatiedatum was verstreken op afronding. Vier daarvan vallen onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS:

1. Richtlijn 98/8/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 februari 1998 betreffende het op de markt brengen van biociden.

2. Richtlijn 1999/45/EG van het Europees Parlement en de Raad van 31 mei 1999 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de indeling, de verpakking en het kenmerken van gevaarlijke preparaten.
3. Richtlijn 2001/37/EG van het Europees Parlement en de Raad van 5 juni 2001 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaksproducten.
4. Richtlijn 2001/20/EG van het Europees Parlement en de Raad van 4 april 2001 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de toepassing van goede klinische praktijken bij de uitvoering van klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Door het Directoraat-Generaal voor de Interne Markt van de Europese Commissie wordt tweemaal per jaar het zogenaamde scorebord interne marktrichtlijnen gepubliceerd. In dit scorebord wordt de stand van zaken implementatie interne marktrichtlijnen van alle lidstaten weergegeven. Uit het scorebord van september 2003 bleek dat Nederland in de verslagperiode (september 2002–mei 2003) is gezakt naar de zevende plaats in de EU-rangorde (was vierde): 2,5% van de Europese interne marktregelgeving was door Nederland nog niet of slechts gedeeltelijk geïmplementeerd (zie Staat van de Unie, p. 161 TK 2003–2004, 29 201, nr. 1). De minister van VWS heeft *geen* inzicht in de snelheid van implementatie in andere landen wat betreft richtlijnen die binnen het VWS beleidsterrein vallen. Van de scoreboards interne markt richtlijnen valt niet af te lezen welke richtlijnen de lidstaten wel of (nog) niet hebben geïmplementeerd. Voor meer details verwijst de minister van VWS naar zijn collega die verantwoordelijk is voor de bewaking van de voortgang van het tijdig implementeren van Europese regelgeving; de Staatssecretaris van Europese Zaken.

122

*De regering heeft in 2003 een Memorandum of Understanding getekend met het Verenigd Koninkrijk. Wat zijn de resultaten van de speciale aandacht die Nederland heeft besteed aan de modernisering van het Britse overheidsapparaat? Welke lessen heeft de regering hieruit getrokken voor de organisatie van het stelsel van gezondheidszorg in Nederland?*

De hervormingen van het Britse overheidsapparaat in zijn algemeenheid en de National Health Service (NHS) in het bijzonder zijn duidelijk zichtbaar. In de ogen van de Britse regering biedt de NHS, gezondheidszorg van staatswege, in principe nog steeds de beste garantie op zorg voor allen, ongeacht status. De Britten willen hun NHS overeind houden en investeren veel in de hervormingen. In de ogen van de Britse burger is de NHS vaak een bureaucratisch systeem wat tot onvermijdelijk verlies aan toegankelijkheid en doelmatigheid leidt. Met de modernisering van de NHS doet men zijn uiterste best dit te repareren, deregulering en maximale verzelfstandiging echter is binnen het Britse systeem niet echt een optie. Er bestaat inmiddels een groot aantal instituten, dat zich met sturing, doelmatigheid, toegankelijkheid, veiligheid en kwaliteit bezighouden waardoor het voor een niet ingewijde moeilijk is overzicht te behouden. Lessen die getrokken kunnen worden, zijn dat hoewel qua organisatie een wezenlijk ander systeem dan het Nederlandse, het Britse systeem voor bestaande problemen ook naar oplossingen zoekt in termen van hervorming, deregulering en bevorderen van de keuzevrijheid. De Britten zijn daarbij uitermate geïnteresseerd in de ontwikkelingen in

Nederland waar een verzekeringsstelsel wordt gecreëerd dat enerzijds een stevige verankering geeft aan sociale randvoorwaarden en anderzijds het nemen van eigen verantwoordelijkheid en marktwerking aanmoedigt. Met als gevolg minder regulering van bovenaf en bevordering van financiële houdbaarheid.

123

*In de begroting voor 2003 is aangekondigd dat de samenwerking met Zuid-Afrika, de Nederlandse Antillen en Aruba intensiever zou worden. Na een heroriëntatie op de prioritaire landen is dit echter niet gebeurd. Waarom heeft heroriëntatie plaatsgevonden? Wat zijn de redenen om de samenwerking met bovengenoemde landen na heroriëntatie niet te intensiveren?*

Het klopt dat ten tijde van het opstellen van de begroting 2003 een intensievere samenwerking met Zuid-Afrika, de Nederlandse Antillen en Aruba voorzien was. Dit heeft in 2003 niet plaatsgevonden. Alleen voor Zuid-Afrika had dit te maken met een heroriëntatie op de prioritaire landen. Deze heroriëntatie vond plaats in het kader van een nieuw beleidskader voor de internationale activiteiten van VWS. Kern hiervan is een versterking van de onderlinge samenhang van internationale activiteiten en een betere koppeling tussen nationaal beleid en internationaal beleid. Zuid-Afrika heeft daarbij niet de hoogste prioriteit verworven omdat er geen grote directe koppeling is met het nationale beleid. De samenwerking op het gebied van sport wordt overigens gewoon gecontinueerd. De samenwerking met de Nederlandse Antillen en Aruba is wel een prioriteit in het nieuwe beleidskader. De geplande intensivering van de samenwerking, heeft nog niet kunnen plaatsvinden. Enerzijds vanwege de instabiele politieke situatie op de Antillen, anderzijds omdat is afgesproken met BZK en de Antilliaanse overheid dat de vorm van samenwerking pas nader bekeken zou worden na een sectorscan van de gezondheidszorg op de Antillen door de Wereldbank. Dit onderzoek is recentelijk van start gegaan.

124

*Onder de noemer «onderzoek, advies en monitoring om vernieuwingen in het zorgstelsel te implementeren» is een aantal opdrachten verstrekt. Kan de regering aangeven aan welke instellingen de verschillende opdrachten zijn verstrekt? Betreft het hier rapporten die een openbaar karakter hebben?*

Met betrekking tot de in het jaarverslag genoemde opdrachten kan het volgende worden opgemerkt:

- De landsadvocaat heeft in 2002 geadviseerd over het rechtskarakter van de beoogde zorgverzekering; de betaling heeft in 2003 plaatsgevonden. Dit advies is op 12 december 2002 toegezonden aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer 2002–2003, 27 855, nr. 19)
- OCFEB/iBMG heeft onderzoek verricht naar de mogelijkheden tot deregulering van het zorgaanbod en een specifieke toepassing daarvan in de electieve klinische zorg. Het rapport is gepubliceerd door de Erasmusuniversiteit Rotterdam: M. Varkevisser e.a., Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg, Rotterdam juni 2003.
- Prismant is belast met de openbaarmaking van de jaarverslagen van zorginstellingen, en doet dat onder meer via [www.jaarverslagen.prismant.nl](http://www.jaarverslagen.prismant.nl)
- Ten behoeve van de risicoverevening van verzekeraars wordt jaarlijks een onderzoeksprogramma opgesteld en uitgevoerd. Er zijn verschillende organisaties die deze onderzoeken uitvoeren of betrokken zijn zoals Vektis, iBMG, Prismant en APE. In de regel wordt van een onderzoek verslag gedaan in een openbaar rapport.

- NMG (inmiddels hernoemd tot Mediamaal) was in 2003 betrokken bij de uitvoering van de communicatie-activiteiten van [www.zorgaanzet.nl](http://www.zorgaanzet.nl). De binnen de bestaande VWS-organisatie gerealiseerde onderzoeken rond de functionele pakketomschrijving, collectieve contracten en eigen bijdragen krijgen te zijner tijd een weerslag in nadere wetgeving rond de toekomstige zorgverzekeringswet en de no-claimregeling. Door Vektis is en wordt onderzoek verricht naar het verstrekkingsbudget en de daarbij gehanteerde systematiek, mede met het oog op het toekomstig zorgstelsel. Er is in 2003 een openbaar rapport over verschenen.

125

*Het financieel beheer bij het NVI was gedurende 2003 onvoldoende. Welke oorzaken liggen er, anders dan de overgang van het NVI naar het baten-lastenstelsel, ten grondslag aan de problemen met het financieel beheer in 2003? Welke maatregelen zijn getroffen om het financieel beheer te verbeteren?*

De overgang naar het baten- en lastenstelsel is gepaard gegaan met een ingewikkelde scheiding tussen het RIVM en het NVI. Daarbij was het soms onduidelijk welke kosten en opbrengsten ten laste respectievelijk ten gunste van het NVI kwamen. Ook is de waardering van de activa en passiva op de balans pas in een laat stadium van het verantwoordings-traject definitief vastgesteld. Begin 2004 is een werkgroep financieel beheer NVI opgestart, waarin behalve vertegenwoordigers van het NVI ook vertegenwoordigers van het kerndepartement (beleid, financiële staf en Auditdienst) zitting hebben. In een plan van aanpak verbetering financieel beheer zijn verschillende activiteiten gedefinieerd, welke door de werkgroep tot uitvoering worden gebracht. De werkgroep rapporteert aan de stuurgroep agentschapvorming NVI. De Auditdienst brengt twee tussentijdse rapportages uit. Deze aanpak dient ervoor te zorgen, dat het financieel verbetert.

126

*Wat is de reden dat er geen kostendekkende tarieven voor controle of keuringsactiviteiten van de Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees (RVV) bij het bedrijfsleven in rekening konden worden gebracht? Wat is de reden voor het exploitatietekort van € 1,9 miljoen van de RVV?*

De VWS wetgeving betreffende tarieven voor de RVV (VWA) is erop gericht om, daar waar Europees rechtelijk mogelijk, kostendekkend te zijn. De hoogte van de tarieven wordt berekend door de RVV (VWA) en overgenomen in de desbetreffende tariefbesluiten. Tarieven die kennelijk nog niet kostendekkend waren blijkens een nacalculatie door de RVV (VWA) eind 2003, zijn inmiddels aangepast indien dit juridisch mogelijk was. Niet in alle gevallen is het mogelijk de tarieven in één keer kostendekkend te maken, gelet op een eerdere rechterlijke uitspraak. De tarieven voor een bijzondere slachtsector worden om die redenen fasegewijs verhoogd, tot kostendekkendheid voor deze sector is bereikt. Het exploitatietekort van de RVV betreft een besparingsverlies als gevolg van de vertraging van de realisatie van het ombuigingsplan van de RVV. Volgens afspraak bij de overgang van de RVV heeft VWS in 2003 30% van de incidentele exploitatiebijdrage voor zijn rekening genomen.

127

*Waaruit is de forse besteding van € 10 miljoen behalve door de verschuivingen bij eerste en tweede suppletore wet (€ 4,9 miljoen) nog meer te verklaren?*

In het jaarverslag worden per operationele doelstelling de belangrijkste verschillen tussen begroting en realisatie weergegeven. In zijn algemeen-

heid kan worden gezegd dat enige onderuitputting is opgetreden (waarvan onder andere € 2,5 miljoen minder uitgaven aan het ministerie van VROM in verband met de Woonzorgstimuleringsregeling). Daarnaast zijn in 2003 structureel middelen overgeboekt vanuit de premie voor flankerend beleid vraagsturing onder meer ten behoeve van benchmarking en de wachtlijstaanpak. Niet al deze middelen zijn in 2003 tot besteding gekomen.

128

*Wat is de invloed van de forse onderbesteding op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de ouderenzorg?*

De opgetreden onderbesteding heeft – zoals ook al bij gelegenheid van de tweede suppletore wet is gemeld – geen invloed op het realiseren van de doelstellingen.

129

*Welk deel van de onderbesteding voor Tijdigheid en toegankelijkheid wordt doorgeschoven naar 2004? Wat gebeurt er met de onderbesteding die niet wordt doorgeschoven?*

Er zijn vanwege de onderbesteding in 2003 geen extra middelen die doorschuiven naar 2004. In de begroting 2004 zijn voldoende middelen opgenomen voor Tijdigheid en Toegankelijkheid. Onderbesteding die niet wordt doorgeschoven valt generaal vrij.

130

*Hoe zijn de lagere uitgaven aan het ministerie van VROM in verband met de woonzorgstimuleringsregeling (€ 2,2 miljoen in plaats van € 4,7 miljoen) te verklaren?*

In de in de begroting van VWS beschikbare (jaar)budgetten voor de betaling aan het Ministerie van VROM in verband met de woonzorgstimuleringsregeling hebben regelmatig mutaties plaatsgevonden. Voor 2003 was in de begroting van VWS € 4,7 miljoen beschikbaar, terwijl het beroep op de regeling volgens opgave van het ministerie van VROM, die de regeling uitvoert, over 2003 slechts € 2,2 miljoen bedroeg.

131

*Hoe kan de forse (€ 3,9 miljoen) onderbesteding bij Kwaliteit en doelmatigheid worden verklaard? Vindt de regering deze onderbesteding wenselijk? Zo ja, waarom? Wordt het bedrag doorgeschoven naar 2004? Wat wordt hiermee gefinancierd?*

Dat de realisatie van uitgaven in € 3,9 miljoen lager is, wordt veroorzaakt door een overboeking naar de premiemiddelen van € 8,7 miljoen in verband met maatregelen ten behoeve van palliatieve zorg (uitwerking van de motie Rouvoet). Deze middelen leiden niet via de begroting tot uitgaven. Gecorrigeerd voor deze overboeking is € 4,8 miljoen meer uitgegeven (aan benchmarking en modernisering van de informatievoorziening). Onderbesteding is niet aan de orde. Er worden geen middelen doorgeschoven naar 2004.

132

*Kunnen de aanzienlijk hogere ontvangsten worden verklaard?*

De hogere ontvangsten hebben betrekking op niet geraamde verrekeningen van eerder gedane betalingen of definitieve subsidievestigingen.

133

*Wanneer worden de gereserveerde middelen voor een kinderombudsman en de middelen voor innovatie jeugdparticipatie wel aangewend?*

De middelen voor een kinderombudsman zijn gereserveerd in afwachting van de behandeling van het initiatief wetsvoorstel over de instelling van een kinderombudsman. De behandeling in de Tweede Kamer heeft echter nog niet plaatsgevonden.

Het tijdelijk budget innovatie jeugdparticipatie was beschikbaar voor de jaren 2001, 2002 en 2003. Een deel van dit budget is gedurende deze drie jaar aangewend voor de Nationale Jeugdraad. Met het afschaffen van de subsidieregeling voor landelijke jeugdorganisaties en de komst van een nieuwe subsidieregeling vrijwilligerswerk op het terrein van de jeugd is er geen noodzaak meer om de in 2003 overgebleven middelen opnieuw in te zetten. De nieuwe subsidieregeling zal naar verwachting voor de zomer 2004 gepubliceerd worden en richt zich op duurzame versterking van het lokale vrijwilligerswerk voor en door jeugdigen.

134

*Kan de regering de onderschrijding van € 2,6 miljoen wegens het niet of later doorgaan van voornemens en projecten bij de post lokaal sociaal beleid verklaren? Wanneer worden deze voornemens en projecten wel uitgevoerd? Hoeveel geld is hiermee gemoeid?*

Er liggen diverse factoren ten grondslag aan de onderschrijding. Deze variëren van een te optimistische inschatting op welk moment een voornemen gerealiseerd kon worden, tot aan wijzigingen in het beleid.

Een voorbeeld van het eerste is een onderzoek naar hoe vaak het voor komt dat VVE in de kinderopvang wordt toegepast en wat de succes- en faalfactoren daarbij zijn. Hiervoor was een bedrag van € 0,1 miljoen beschikbaar. Dit onderzoek zal in 2004 plaatsvinden.

Een voorbeeld van een wijziging in beleid is om geen monitor peuterspeelzaalwerk in te voeren. Hier was een bedrag van bijna € 0,1 miljoen voor geraamd.

De grootste onderschrijding lag op het terrein van de tieneropvang: € 1,7 miljoen. Het meerjarig beschikbaar budget hiervoor is ingezet ter dekking van de nog te publiceren regeling voor Buurt, Onderwijs en Sport.

135

*Kunnen de hogere ontvangsten door desinvesteringen onroerend goed worden verklaard?*

VWS heeft niet in de hand of en wanneer onroerend goed verkocht wordt dat in het bezit is van een jeugdzorginstelling en waarop een waarborg-hypotheek ten gunste van de Staat is gelegd. Met deze waarborg-hypotheek wordt er voor gezorgd dat de verkoopopbrengst van verkochte panden weer in de jeugdzorg terecht komt. Om voornoemde reden is de raming van verkoopopbrengsten op nihil gesteld en is er dus, zodra er één pand wordt verkocht, een hogere opbrengst dan geraamd.

De desinvestering onroerend goed schippersinternaten heeft om dezelfde reden een raming van nihil, zodat uit elke verkoop een hogere opbrengst dan geraamd voort vloeit.

136

*Acht de regering het correct zodanig in te spelen op (mogelijk) toekomstig beleid, dat reeds voorziene, begrote en door de Kamer geaccordeerde activiteiten geen doorgang konden vinden? Zo ja, op grond waarvan?*

Ja. Er zijn slechts enkele voornemens niet tot besteding gekomen in het licht van de herziening van het subsidiebeleid. Dit betreft enkele voorne-

mens op het terrein van sociale activering en de voorbereiding van de nieuwe welzijnsnota. In totaal is bij de 2e Suppletore Wet dit artikel verlaagd met € 3,8 miljoen. Dit betreft naast het niet doorgaan van de hiervoor genoemde activiteiten een lagere uitkering aan OVA-middelen dan begroot, lagere uitgaven aan wachtgeldkosten, de opheffing van een desalderingsblokkade, en de latere start dan voorzien van een aantal activiteiten waaronder de Commissie Vrijwilligersbeleid en het onderzoeksprogramma vrijwilligersbeleid.

137

*Waarom is een aantal voornemens in verband met de herijking van het subsidiebeleid niet tot besteding gekomen, terwijl deze herijking pas vanaf 2004 is beoogd? Om welke voornemens gaat het en om hoeveel geld in totaal?*

Zie het antwoord op vraag 136.

138

*Hoe verhoudt de zeer forse onderbesteding bij artikel 8 zich tot de beleidsdoelstelling die in de begroting 2003 is geformuleerd? Is de regering echt van oordeel dat de beleidsdoelstelling met een meer dan gehalveerd budget daadwerkelijk is gehaald? Zo ja, waarom?*

Hier is sprake van een misverstand. Er is geen sprake van een forse onderbesteding bij artikel 8. Immers, zoals ook op pagina 224 van het jaarverslag is aangegeven is het welzijnsdeel van de Wet inburgering nieuwkomers overgedragen aan de Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie. Bij eerste suppletore wet is de begroting verlaagd met € 63,5 miljoen. De beleidsdoelstelling is dus niet in gevaar gekomen.