

Vergaderjaar 2003–2004

29 540

Jaarverslagen over het jaar 2003

Nr. 91

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 14 juni 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft over het Jaarbeeld Zorg 2003 (kamerstuk 29 540, nr. 51) 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

¹ 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 Ruiter (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

In 2003 zijn 2 504 personen extra door middel van een pvb van zorg voorzien. De stijging van de pvb's is daarmee minder groot dan in eerdere jaren. Dit komt onder meer omdat de mogelijkheden van instellingen om steeds weer aanvullende extra productie te blijven leveren lijken af te nemen. Waardoor wordt dit precies veroorzaakt?

Deze daling is op twee manieren te verklaren. Deels is deze daling te verklaren doordat voor een deel van de productie die in eerdere jaren als persoonsvolgende budgetten (op basis van de beleidsregel wachtlijst-middelen) is gerealiseerd vanaf 2003 ook via de reguliere beleidsregels productieafspraken gemaakt konden worden. Dit betekent dat de productie niet langer zichtbaar is in de vorm van persoonsvolgende budgetten, maar terugkomt in de gerealiseerde reguliere productie in bijvoorbeeld dagbestedingsdagen. Anderzijds is de daling te verklaren doordat instellingen steeds vaker de mogelijkheden om binnen de instelling op een creatieve manier extra productie te leveren hebben benut. Al het personeel en de bestaande capaciteit is optimaal ingezet en voor extra aanvullende productie is dan bijvoorbeeld bouw nodig. Extra productie door middel van bouw wordt op een andere manier geregistreerd en is niet zichtbaar in de persoonsvolgende budgetten.

2

Hoe valt te rijmen dat het percentage wachtenden dat overbruggingszorg ontvangt tussen 1 november 2002 en 1 oktober 2003 gestegen van 55% naar 64%, terwijl het aantal wachtenden voor een verpleeg- of verzorgingshuis in 2003 is gedaald?

In uw vraag haalt u twee feiten aan die blijken uit de wachtlijstpeiling van 1 oktober 2003. Het eerste feit is dat er op deze datum minder mensen voor een verpleeg- of verzorgingshuis wachtten. Het tweede feit is dat van het totaal aantal mensen dat nog wacht op zorg 64% overbruggingszorg ontvangt. Dit percentage is gestegen ten opzichte van de vorige peiling. Het gaat hierbij om mensen die ter overbrugging andere zorg krijgen dan de zorg waarvoor zij zijn geïndiceerd. Dit zijn naar mijn mening geen tegenstrijdige ontwikkelingen.

3

Hoeveel gesubsidieerde banen zijn inmiddels omgezet in reguliere banen en welk aantal was geraamd?

In 2003 zijn met behulp van de Tijdelijke stimuleringsregeling regulier maken ID-banen (een regeling van het ministerie van SZW) ca. 5 500 banen omgezet in reguliere banen (er zijn in 2003 5 842 aanvragen ingediend en van alle aanvragen wordt ca. 94% toegewezen). Het ministerie van VWS heeft aanvullingen beschikbaar gesteld op de subsidie van het ministerie van SZW voor de sectoren zorg, welzijn en jeugdhulpverlening.

Tabel 1 - Aantal omzettingen van gesubsidieerde banen in reguliere banen in 2003

Sector	Raming (beschikbaar aantal subsidies/aanvullingen)	Realisatie (gebaseerd op het gegeven dat 94% van de aanvragen wordt toegekend)
Totaal	10 000	5 491 (55%)
w.v. zorg	2 554	1 920 (75%)
w.v. welzijn	907	562 (62%)
w.v. jeugdhulpverlening	32	39 (122%)

Ten opzichte van de overige sectoren zijn in de VWS-sectoren relatief veel banen omgezet. De subsidieregeling van SZW is verlengd tot 1 juli 2004. Daarnaast is op 1 januari 2004 een subsidieregeling van VWS ingegaan ter bevordering van de doorstroom van gesubsidieerde medewerkers naar reguliere banen in de sector zorg.

4

Wat heeft de taakstelling voor de sectorfondsen tot nu toe voor gevolgen gehad?

De herziening van het arbeidsmarktbeleid in de VWS-relevante sectoren heeft naast de taakstellingen uit de Kabinetten Balkenende I en II voor de sectorfondsen geleid tot beëindiging van de subsidierelatie met de sectorfondsen met ingang van 1 januari 2005. In het Jaarverslag 2003 van VWS wordt benadrukt dat de verantwoordelijkheid voor het specifieke arbeidsmarktbeleid bij de sociale partners ligt. De afgelopen jaren heeft VWS dit beleid gefaciliteerd. Dit beleid is inmiddels opgepakt door sociale partners en geïmplementeerd in de reguliere bedrijfsvoering van instellingen. Mede gegeven de budgettaire omstandigheden en het gegeven dat de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnsector sterk is verbeterd, is de beleidsinzet van VWS op het terrein van specifiek arbeidsmarktbeleid gereduceerd. Met de sociale partners betrokken bij de sectorfondsen is overeengekomen dat het toekomstige arbeidsmarktbeleid ten behoeve van instellingen en werknemers, vanaf 1 januari 2005, op een andere leest en in afgeslankte vorm over meerdere jaren wordt voortgezet. Daarnaast worden de resterende beschikbare subsidiemiddelen vanaf 1 januari 2005 via de gebruikelijke bekostigsystematiek (veelal Wtg) aan de instellingen beschikbaar gesteld. Over de aanwending van deze middelen worden in CAO-verband door sociale partners afspraken gemaakt.

5

Is met de sociale partners overeengekomen welke taken van de sectorfondsen worden overgenomen of anderszins worden voortgezet? Zo ja, om welke taken gaat het, en hoe wordt dit vormgegeven?

Zie het antwoord op vraag 4.

6

Welke arboconvenanten zijn in 2003 gecontinueerd?

Alle in de zorg afgesloten arboconvenanten (Thuiszorg, Academische Ziekenhuizen, GGZ, Gehandicaptenzorg en Algemene Ziekenhuizen) zijn gedurende het hele jaar 2003 van kracht geweest.

7

In hoeverre heeft het tekort aan stageplaatsen bijgedragen aan het achterblijvende resultaat van het project Hard Nodig?

Het achterblijvende resultaat van het project Hard Nodig is niet te wijten aan het tekort aan stageplaatsen. In 2004 is een evaluatie van het project Hard Nodig verschenen. De belangrijkste oorzaken zijn de kwalitatieve en kwantitatieve verschillen tussen de vraag van de instellingen en het aanbod van herintreders. Kwalitatief door het verschil in niveau tussen de vacatures en de kandidaten. Kwantitatief omdat gedurende de looptijd van het project de arbeidsmarkt van karakter is veranderd: de schaarste nam af. Als oorzaak kan ook nog worden genoemd, dat kandidaten in de praktijk vaak specifieke eisen bleken te hebben op het gebied van arbeidstijden. In de zorg, waar onregelmatigheid de boventoon voert, kan dit op problemen stuiten.

Wat is de oorzaak van het feit dat bijna 50% van de personen uit doelgroepen die in 1999 zijn ingestroomd eind 2003 weer is uitgestroomd?

In het Jaarbeeld Zorg 2003 staat dat één van de doelstellingen van het speerpunt Behoud (van personeel) uit het in 1999 gesloten arbeidsmarktconvenant was, dat ten minste 50% van de personen uit doelgroepen die in 1999 zijn ingestroomd, eind 2003 nog werkzaam is in de zorgsector. Er staat niet dat 50% van de personen uit doelgroepen die in 1999 zijn ingestroomd eind 2003 weer is uitgestroomd. De in het Jaarbeeld Zorg 2003 geformuleerde doelstelling is dus geen constatering. De in de doelstelling afzonderlijk genoemde doelgroepen (allochtonen, langdurig werklozen, herintreders en gereïntegreerden vanuit de WAO) zijn in de praktijk vaak moeilijk afzonderlijk te registreren in verband met mogelijke overlap tussen de doelgroepen. Wel is op basis van onderzoek naar de arbeidsmarktpositie van de afzonderlijke doelgroepen iets te zeggen over het personeelsverloop van de doelgroepen. De Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) meldt in de publicatie *«Arbeidsparticipatie van allochtonen en multicultureel personeelsbeleid in zorg en welzijn; een kwantitatief onderzoek» dat in tegenstelling tot het landelijke beeld zowel in de zorgsector als in de sector welzijn, jeugdhulpverlening en kinderopvang het verloop onder allochtonen gelijk is aan het verloop onder autochtone werknemers. Dit zou in ieder geval betekenen dat het nettoverloop onder allochtonen sinds 1999 alleen maar fors gedaald is. In Jaarbeeld Zorg 2003 wordt immers gemeld dat het nettoverloop (het percentage van het totale aantal werknemers dat de sector verlaat) onder verplegend en verzorgend personeel van 4,7% in 1999 naar verwachting is gedaald in 2003 tot 3,3%. Op basis van deze analyse gaan we er vanuit dat het uiteindelijke doel om het nettoverloop terug te brengen (en dus minstens 50% van de nieuwe instroom te behouden) is gehaald.*

De kwaliteit van de indicatiestelling en de bedrijfsvoering van de indicatieorganen is ook in 2003 verder toegenomen. Hoe komt de regering tot deze conclusie? Welke criteria heeft zij hierbij gehanteerd?

Bij de kwaliteit van de indicatiestelling en de bedrijfsvoering van de indicatieorganen gaat het om het zo snel en zorgvuldig mogelijk afhandelen van indicatieaanvragen van verzekerden die menen recht te hebben op zorg vanwege de AWBZ. De conclusie dat die kwaliteit van de indicatiestelling en de bedrijfsvoering is gestegen is gebaseerd op het feit dat de productie van de indicatieorganen, uitgedrukt in aantallen afgegeven nieuwe indicaties verzorging en verpleging, ook over 2003 weer is gestegen ondanks de invoering van de functiegerichte indicatiestelling.

Wat zijn de exploitatielasten en de onderuitputting per sector en in totaal van de vergunningsplichtige uitbreidingsbouw en van de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en de exploitatiegevolgen van de benutting van de trekkingsrechten en wat betekent deze onderuitputting per sector voor de in de zorgnota 2003 geëxtrapoleerde kosten voor 2004, 2005 en 2006?

Alleen voor de vergunningsplichtige WZV- instandhoudingsbouw wordt gebruik gemaakt van een bouwkader. In tabel 1 is per sector en per jaar het niveau van de exploitatiekosten en de mutatie ten opzichte van het JBZ 2002 (voor het jaar 2002) en de ZN 2003. Onderschrijdingen in de vergunningsplichtige WZV- instandhoudingsbouw worden voornamelijk veroorzaakt door vertraging in de uitvoering van de WZV- bouwprioriteiten. Dit betekent dat er *structureel* geen geld vrijvalt

maar dat we het pas later dan gepland moeten uitgeven. De middelen die vrijvallen kunnen dus niet aangewend worden voor zaken die structureel gefinancierd moeten worden.

Tabel 2 – WZV-Instandhoudingsbouw JBZ 2003

Verpleeghuizen (exclusief verzorgingshuizen)	2002	2003 ¹
Exploitatiekosten in € mln (cumulatief)	120,9	150,6
Mutatie t.o.v. JBZ 2002 respectievelijk ZN 2003	- 4,1	- 17,9
<hr/>		
Geestelijke Gezondheidszorg	2002	2003
Exploitatiekosten in € mln (cumulatief)	77,6	71,5
Mutatie t.o.v. JBZ 2002 respectievelijk ZN 2003	11,4	- 5,0
<hr/>		
Gehandicaptenzorg	2002	2003
Exploitatiekosten in € mln (cumulatief)	135,8	166,7
Mutatie t.o.v. JBZ 2002 respectievelijk ZN 2003	1,6	8,6
<hr/>		
Ziekenhuizen (exclusief academische ziekenhuizen)	2002	2003
Exploitatiekosten in € mln (cumulatief)	154,0	174,7
Mutatie t.o.v. JBZ 2002 respectievelijk ZN 2003	- 0,5	1,2

¹ Voorlopig cijfer.
Bron: VWS

Voor de vergunningsplichtige uitbreidingsbouw is geen apart bouwkader. De middelen die benodigd zijn voor deze bouw worden afgeboekt van de beschikbare ruimte voor de uitbreiding van capaciteit. Voor deze ruimte geldt het «boter bij de vis» principe. In tabel 3 is per sector het niveau van exploitatiekosten weergegeven.

Tabel 3 – WZV Uitbreidingsbouw JBZ 2003

Exploitatiekosten in € mln (cumulatief)	2002	2003 ¹
Verpleeghuizen (exclusief verzorgingshuizen)	265,5	294,5
Geestelijke Gezondheidszorg	143,0	169,2
Gehandicaptenzorg	166,2	174,0
Ziekenhuizen (exclusief academische ziekenhuizen)	18,0	31,7
Totaal	592,7	669,4

¹ Voorlopig cijfer.
Bron: VWS

In tabel 4 is per sector het niveau van de exploitatiekosten in het kader van de Meldingsregeling opgenomen.

Tabel 4 – WZV Meldingen Jaarbeeld Zorg 2003

Exploitatiekosten in € mln (cumulatief)	2002	2003 ¹
Verpleeghuizen (exclusief verzorgingshuizen)	47,5	96,2
Geestelijke Gezondheidszorg	42,0	54,9
Gehandicaptenzorg	35,5	70,7
Ziekenhuizen (exclusief academische ziekenhuizen)	81,6	169,1
Totaal	206,6	390,8

Bron: VWS
¹ Voorlopig cijfer.

Er worden afspraken gemaakt met de dertig grootste steden over een integrale wijkgerichte aanpak om gezond leven in achterstandswijken te bevorderen. Kan de regering aangeven wat de aard van deze afspraken is, hoe de 30 grootste steden hierop gecontroleerd worden, en wat de resultaten zijn op het gezondheidsniveau in achterstandswijken?

De afspraken met de G30 met betrekking tot de bevordering van gezond leven in achterstandswijken zijn opgenomen in het beleidskader Grotesedenbeleid III 2005–2009 (Samenwerken een de krachtige stad, 21 april 2004, pp. 23 en 26, Tweede Kamer 2003–2004, 21 062, nr. 116). Met de steden is overeengekomen dat de nadruk zal liggen op de aanpak van overgewicht onder 0–19-jarigen. Opsporing van dit gezondheidsprobleem vindt plaats via de JGZ. Indien er sprake is van overgewicht worden gezondheidsinterventies ingezet, onder meer via de wijkgerichte aanpak. Daarnaast kunnen steden inzetten op een zogenaamde «open doelstelling», afhankelijk van de meest urgente problemen in de gemeente. Hiervoor zijn 4 trajecten benoemd, namelijk:

1. inzet van specifieke voorzieningen voor de gezondheid van uitkeringsgerechtigden;
2. inzet van de JGZ voor risicojeugd op zowel basis- als voortgezet onderwijs;
3. bevorderen van gezond leven door middel van een integrale wijkgerichte aanpak;
4. verbetering van de toegankelijk van de eerstelijnszorg in achterstandswijken.

Deze trajecten worden op dit moment uitgewerkt. De beoogde resultaten zijn een verhoging van de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status in achterstandswijken en een goed toegankelijk, integraal aanbod van leefstijlinterventies en lokale zorgvoorzieningen. De G30 zullen een beeld van de gezondheidssituatie van de inwoners van achterstandswijken vastleggen in een gezondheidsbenchmark. Daarin wordt ook aangegeven welke van de genoemde trajecten en/of overige maatregelen zijn gevolgd en wat daarvan de resultaten zijn. De basisgegevens over de gezondheidssituatie worden verzameld in het kader van de nationale en lokale monitor Volksgezondheid, die vanaf 2005 operationeel zal zijn. De steden voeren de benchmark eens per 4 jaar uit; de eerste keer in 2005. Het aantal kinderen met overgewicht dat via de JGZ wordt opgespoord en doorverwezen wordt vastgelegd in de registratie van JGZ-gegevens. Controle op het verloop van deze afspraken vindt plaats conform de afspraken in het kader van de derde convenantsperiode GSB.

Kan de regering inzicht geven in de inspanningen die zij heeft getroost en in de effecten van dit beleid om de gemeentelijke gezondheidsdiensten, thuiszorgorganisaties, voorschoolse voorzieningen, scholen en voorzieningen voor de jeugd beter te laten samenwerken?

Vanaf 1 januari 2003 wordt de jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar onder gemeentelijke regie uitgevoerd. Via een experimenteerregeling zijn de afgelopen twee jaar voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg vier lokale/regionale samenwerkingsmodellen als models of good practice ontwikkeld. Naar aanleiding van de voortgangsrapportages van deze experimenten zal de VNG na de zomer het rapport Evaluatie samenwerkingsmodellen JGZ uitbrengen. Partijen kunnen bij de vormgeving van de integrale jeugdgezondheidszorg tijdelijke ondersteuning krijgen van de Task Force JGZ. Het is de taak van de Task Force om partijen weer op weg te helpen als het proces vastloopt. Gezien de geconstateerde behoefte aan deze ondersteuning zal de termijn van de Task

Force met een jaar worden verlengd. In bredere zin is Operatie JONG er op gericht om meer samenhang in het jeugdbeleid te realiseren. Op dit moment is er nog geen integraal beeld van de effecten. Een evaluatie van de Tijdelijke Regeling Specifieke Uitkering is voorzien in 2006.

13

Welke prestatie-indicatoren worden gebruikt om de effecten van consultatiebureaus te meten op het vroegtijdig opsporen van achterstanden in de ontwikkeling van kinderen, en op welke wijze worden consultatiebureaus hierin gestimuleerd? Kan de regering inzicht in deze gegevens verschaffen?

De activiteiten van de jeugdgezondheidszorg zijn alle gericht op het vroegtijdig opsporen van achterstanden in de ontwikkeling. Het ministerie hanteert daarom als primaire indicator het bereik van de jeugdgezondheidszorg. In het brancherapport preventie zijn over de jeugdgezondheidszorg gegevens opgenomen. Verder is de Inspectie Gezondheidszorg een belangrijke bron.

De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector stelt een certificeringschema op voor de jeugdgezondheidszorg. De uitvoerende organisaties van de jeugdgezondheidszorg kunnen het certificatieschema gebruiken voor zelfevaluatie en voor externe certificering. Wij gebruiken het percentage GGD's dat gecertificeerd is voor de basistaak JGZ volgens HKZ als prestatieindicator. Aangezien het certificatieschema voor de jeugdgezondheidszorg nog niet is vastgesteld kunnen wij u op dit moment geen inzicht geven in de realisatie van deze doelstelling. In het kader van de jeugdagenda van Operatie JONG is vroegsignalering één van de speerpunten. Dit onderdeel wordt momenteel interdepartementaal uitgewerkt.

14

Wat hebben de ontwikkelde protocollen binnen het programma Resultaten Scoren uiteindelijk bijgedragen aan kwaliteitsverbetering in de verslavingszorg?

Onlangs is een evaluatiestudie afgerond naar de «resultaten van Resultaten Scoren». In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de ontwikkelde protocollen en richtlijnen daadwerkelijk bekend zijn en gebruikt worden in de praktijk. Alleen als evidence based protocollen ook bekend zijn en gebruikt worden hebben ze positief effect op de kwaliteit van de verslavingszorg. Bijna 80% van de instellingen is onderzocht. Alle producten van Resultaten Scoren bleken bekend bij de instellingen voor verslavingszorg. In het merendeel van de instellingen wordt er ook al mee gewerkt. Voor de protocollen voor kortdurende behandeling geldt dit zelfs voor 100% van de instellingen. Gezien de korte tijd dat de protocollen beschikbaar zijn, is dit een zeer positief resultaat. Het draagvlak onder hulpverleners bleek groot. Nog niet alle protocollen en richtlijnen worden afgeleverd met een implementatieplan; de invoering van het werken met nieuwe protocollen verloopt daarom niet altijd gestructureerd. Hieraan wordt nu extra aandacht besteed.

15

Waar heeft het grotere bewustzijn van gemeenten voor de problematiek van zwerfjongeren concreet toe geleid?

Uit het rapport van de Algemene Rekenkamer naar zwerfjongeren is gebleken dat een toenemend aantal gemeenten (van 12 naar 21) een probleemanalyse heeft over zwerfjongeren en dat het aantal opvangplaatsen voor zwerfjongeren is uitgebreid (van 254 naar 322). Tevens is er

een toename van het aantal sluitende ketens voor zwerfjongeren (van 5 naar 9).

16

Wat zijn de uitkomsten van de monitor van het CVZ van de subsidie-regeling «Zorgvernieuwingsprojecten in de ggz»?

De laatste jaren blijkt dat bijna alle projecten worden goedgekeurd. In 2002 zijn door de zorgkantoren 137 projecten aangemeld en heeft het CVZ 135 projecten vastgesteld. Twee projecten zijn door het zorgkantoor niet voor vaststelling ingediend. Over 2003 zijn nog geen cijfers bekend.