

Kamervragen Jaarbeeld zorg

1.

Het aantal wachtenden op verpleeghuiszorg is aanzienlijk gedaald, hoewel ook in deze sector latente vraag zichtbaar is geworden als gevolg van de wachtlijstaanpak. Hoeveel extra middelen en jaren zijn nodig om de doelstelling; het wegwerken van de wachtlijsten, mede gezien de jaarlijkse groei met 2 % van het aantal 75-plussers, te verwezenlijken?

Gelet op de huidige omvang van de wachtlijst voor verpleeghuiszorg, de zich thans manifesterende latente vraag en de te verwachten vraag naar zorg als gevolg van de groei van het aantal ouderen zal er in de komende jaren een grote inspanning moeten worden geleverd om voldoende aanbod tot stand te brengen. Daarbij is de inzet om dit zo veel mogelijk te realiseren in de thuissituatie, danwel daarop toegesneden woonsituaties. Daarnaast zal het noodzakelijk zijn om meer intramurale verpleeghuiscapaciteit tot stand te brengen. Hoe dan ook georganiseerd vergt oplossing de nodige bouwkundige inspanning, met alle ruimtelijke ordeningsvraagstukken van dien. Gelet op de tijd die dat soort processen vergen, verwacht ik niet dat de wachtlijsten binnen één kabinetsperiode zullen zijn opgelost. In het hoofdlijnenakkoord heeft het kabinet aangegeven welke middelen er de komende vier jaar ter beschikking staan ten behoeve van de zorgsector. De verpleeghuiszorg maakt daar onderdeel van uit.

2.

Waarom is er bij de verstandelijk gehandicapten meer vraag naar nieuwe vormen van zorg? Betekent dit dat er oude vormen van zorg vrijvallen?

De vraag naar de nieuwe vormen van zorg neemt toe, omdat veel cliënten in combinatie met deze nieuwe vormen veel beter in staat zijn om de regie over het eigen leven te (blijven) voeren. Bij een echte opname in een instelling is dat veel moeilijker.

Als het cliënten van de wachtlijst betreft, valt er geen 'oude' vorm van zorg vrij. Indien cliënten die al in zorg zijn kiezen voor een vernieuwende vorm wordt de 'oude' vorm van zorg in principe omgezet in de 'nieuwe' vorm. De 'oude' zorg valt daarmee ook niet vrij. Het kan incidenteel voorkomen dat instellingshuisvesting vrijvalt. Indien deze functioneel verouderd is wordt getracht deze af te stoten.

3.

Wat is de achterstand van de RIO's voor de indicatiestelling voor de WVG en wat is de relatie tussen deze achterstand en die voor de indicatie AWBZ?

De periodieke inventarisatie van de achterstanden bij de RIO's betreffen uitsluitend de aanvragen voor een indicatie V&V en niet voor de advisering Wvg.

Om te komen tot een betere indicatiestelling is het project 'Robuuste RIO's eind 2000 gestart. Onderdeel van dit project is de integratie van de (adviesing over) de indicatiestelling voor Wvg-voorzieningen. Omdat de behoefte bestond om meer inzicht te krijgen in de ontwikkelingen op dit punt is de verdeling onderzocht van het aantal gemeenten waarvoor RIO's al delen van de Wvg-indicatiestelling uitvoert, binnenkort gaat uitvoeren of (vooralsnog) niet uitvoert. Hieruit is echter geen relatie tussen Wvg-adviesing en AWBZ-indicatiestelling af te leiden.

4.

Waarom heeft u alleen een kwantitatieve doelstellingen voor de RIO's geformuleerd? Hoe heeft u daarbij zicht gehouden op de kwalitatieve en uniforme toetsing van indicatie? Welke lessen trekt u hieruit om de doelstelling voor de komende jaren ook kwalitatief aan te scherpen?

Naast het traject "Wegwerken achterstanden RIO's" zijn in 2002 in het kader van Robuuste RIO's ook trajecten gestart gericht op verbetering van de kwaliteit van de indicatiestelling. Met name het gereed komen van een nieuw landelijk protocol indicatiestelling, het ontwerpen van

een nieuw AWBZ-breed functiegerichte formulierenset en het scholingstraject functiegerichte indicatiestelling hebben in 2002 bijgedragen aan de verdere professionalisering en uniformering van de indicatiestelling door de RIO's. Ook voor de komende jaren zullen de meer kwalitatieve doelstellingen gericht blijven op de verdere professionalisering en uniformering van de AWBZ-brede functiegerichte indicatiestelling.

Het ontwerpen van een beroepsprofiel van de indicatiesteller en het verder versterken van het kennisnetwerk voor indicatiestellers maken daar onderdeel van uit. Het op te richten landelijk centrum indicatiestelling zal een belangrijke rol spelen bij het verbeteren van de kwaliteit en de uniformiteit van de indicatiestelling.

5.

Betekent het besluit risicobeheersing tot kern van het handelen van de IGZ te maken dat de IGZ minder tijd heeft voor de controle van de AWBZ-instellingen inclusief RIO's

Nee. De beslissing om risicobeheersing expliciet tot de kern van het handelen van de IGZ te maken betekent dat risico's duidelijker in beeld zijn gebracht. Hiervoor is een risicomodel ontwikkeld. Door het risicomodel kan een betere en efficiëntere sturing worden gegeven aan de inzet van de IGZ. De IGZ houdt geen toezicht op de RIO's. De wetwijziging die dit mogelijk maakt is in voorbereiding. Vooruitlopend op de definitieve wetwijziging is door IGZ in samenspraak met VWS een toezichtsmodel ontwikkeld dat op praktische en eenvoudige wijze toezicht kan houden op de RIO's vanuit een zorginhoudelijke invalshoek. Dit toezichtsmodel wordt op dit moment uitgetest bij een aantal RIO's. Overigens buigt ook het College Evaluatie Implementatie Indicatiebeleid (commissie Buurmeijer) zich over de toezichtsvraag en zal medio volgend jaar hierover een advies uitbrengen.

6.

Hoe is de afstemming van Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk en de subsidiering van vrijwilligerswerk door de provincies?

In het kader van de zogeheten vrijwilligersimpuls bevordert de Commissie Vrijwilligersbeleid de beleidsvoering door gemeenten en provincies, terwijl de Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk vooral gericht is op het stimuleren van activiteiten. Om in aanmerking te komen voor een rijksbijdrage uit deze regeling dient een provincie (of een gemeente) een meerjarig projectplan in dat voorziet in – op het reguliere beleid – aanvullende c.q. nieuwe activiteiten, die met name zijn gericht op deskundigheidsbevordering, werven en binden van vrijwilligers en/of het administratief ondersteunen van vrijwilligersorganisaties.

Bij provincies heeft dit betrekking op het bevorderen en stimuleren van vrijwilligerswerk dat op bovengemeentelijke schaal wordt uitgevoerd en/of op de ondersteuning van gemeentelijk c.a. op gemeentelijke schaal uit te voeren vrijwilligerswerk. In de meeste gevallen vindt de laatste activiteitensoort plaats door middel van de gesubsidieerde provinciale steunfuncties

7.

In operatie Jong wordt jeugdbeleid gecoördineerd. Is de tussenschoolse opvang/buitenschoolse opvang ook een van de onderwerpen die hierin is meegenomen? Zo nee, waarom niet?

Ja. Operatie JONG heeft als opdracht te werken aan de knelpunten die sluitende ketens in het jeugdbeleid in de weg staan. Tussen- en buitenschoolse opvang zijn onderwerpen die daarbij aan de orde komen. Het onderwerp wordt eveneens meegenomen in de kabinetsreactie¹ op een aan-

¹ Bundelbrief is toegezegd in brieven aan de Tweede Kamer (de enveloppebrief OCenW van 1 november 2002 en de brief VWSO201466 van 16 december 2002) alsmede informatie van VWS met brief van 12 mei 2003, DJB/APJB-2377983, waarin aangegeven is dat de bundelbrief jeugd binnen vier maanden na aantreden van een nieuw kabinet aan u toegestuurd wordt.

tal rapporten en adviezen over onder andere VVE, tieneropvang en brede school. Deze reactie wordt in september aan de Tweede Kamer gezonden.

8.

Kunt u aangeven waarom de doelstelling van beleidsprioriteit 6 (uitbreiding opleidingscapaciteit) niet is gehaald? Welke lessen leert u? Hoe geeft u de inhaalslag vorm de komende jaren nu de gelden ingezet zijn voor andere doelstellingen?

In de ontwerpbegroting 2002 is voor het realiseren van de beleidsprioriteit 6 "uitbreiding opleidingscapaciteit artsen en verpleegkundigen" een bedrag geraamd van € 100,5 mln. Uiteindelijk is een bedrag van € 100,3 mln daadwerkelijk in 2002 uitgegeven. Onderdeel van het genoemde begrotingsbedrag is de opleiding tot huisarts. De gerealiseerde instroom in de huisartsenopleiding is de afgelopen jaren met bijna 30% gestegen. Ondanks het feit dat de capaciteit van de opleiding fors is gegroeid, is de realisatie in 2002 (aantal : 466) iets achtergebleven bij de raming (aantal : 500). In 2003 en latere jaren zijn middelen beschikbaar voor de geraamde instroom

9. *Kan een toelichting worden gegeven op de uitgaven aan de patiëntenorganisaties?*

De hoofdtaak van het Patiëntenfonds is het subsidiëren van landelijk werkende patiëntenorganisaties voor hun kerntaken lotgenotencontact, voorlichting en belangenbehartiging. Dat gebeurt in de vorm van bijdragen in de exploitatielasten en projectsubsidies. Ook bekostigt het fonds koepel- en andere patiëntenbelangenorganisaties. Daarnaast versterkt het fonds de regionale infrastructuur voor de sectoren Curatieve zorg, Verpleging & Verzorging en GGZ door subsidieverlening aan de Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RPCP's) .

10.

Kan een toelichting worden gegeven op de uitgaven aan mantelzorg?

De uitgaven aan mantelzorg in 2002 kunnen in drie categorieën worden gesplitst.

In de eerste plaats wordt subsidie verleend aan organisaties die actief zijn op het terrein van de infrastructuur van de mantelzorg (ondersteuning). Daarbij kan onder meer worden gewezen op de instellingssubsidies ten behoeve van de LOT (belangenbehartiging), Xzorg (landelijke organisatie voor steunpunten mantelzorg en vrijwillige thuiszorg), het Rode Kruis (ondersteuning vrijwilligers) en het Expertisecentrum informele zorg van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

In de tweede plaats is geld besteed aan het doen verrichten van onderzoek. Daarbij kan worden gewezen op onderzoek over de mogelijkheden van het combineren van zorg en arbeid, aan onderzoek met betrekking tot de rol van gemeenten ten aanzien van mantelzorg en onderzoek door het UMC naar de rol van mantelzorgers in intramurale voorzieningen..

In de derde plaats zijn middelen toegekend ten behoeve van het uitvoeren van een aantal (deels meerjarige) projecten. Voorbeelden hiervan zijn de landelijke publiekscampagne (LOT), het project respijtzorg (LOT) en het project realisatie belangenbehartiging door en voor mantelzorgers (LOT).

11.

Kunt u aangeven waarom bij ongewijzigde doelstelling van beleidsprioriteit 3 het kasritme is aangepast? Zal er de komende jaren een inhaalslag ontstaan?

Voor de - door het ministerie van VROM uitgevoerde - woonzorgstimuleringsregeling (onderdeel zorginfrastructuur) was voor zowel 2001 als voor 2002 € 12,5 miljoen toegevoegd aan de begroting van VWS. Voor zowel de stimuleringsronde 2001 als voor 2002 zijn de bedragen door het ministerie van VROM volledig verplicht. In het jaar van het aangaan van de verplichting wordt echter slechts 50% betaald, omdat de investeringen een langere doorlooptijd dan één jaar hebben. Uit 2001 en 2002 schuiven betalingen door naar 2003 en 2004. Daarmee vindt in

2003 en 2004 een inhaalslag plaats tot het niveau van de voor 2001 en 2002 voorziene bedragen.

12.

In tabel 4 is een overzicht van de extra middelen voor het wegwerken van de wachtlijsten gegeven. Kan voor de verschillende sectoren een overzicht worden gegeven van de verschillende kosten en tot welke extra productie dit heeft geleid?

De tabel geeft een overzicht van de extra middelen die bestemd zijn voor verhoging van de productie in de verschillende sectoren. Het betreft voornamelijk extra middelen voor aanvullende productieafspraken, maar ook de middelen voor reguliere groei van productieafspraken zijn hierin opgenomen. Ook de extra uitgaven voor verhoging van de productie door capaciteitsuitbreiding in de vorm van uitbreidingsbouw maken deel uit van de vermelde bedragen.

Voor 2002 zijn de productieafspraken nog niet nagecalculeerd, dat wil zeggen dat nog niet bekend is welk deel van de gemaakte afspraken in daadwerkelijke productie heeft geresulteerd. Wel zijn in hoofdstuk 2 van deel B van het Jaarbeeld Zorg schattingen opgenomen van de gerealiseerde productie in 2002. De bedragen in tabel 4 staan verder toegelicht in de horizontale tabellen in de hoofdstukken 3, 5, 6 en 7 van deel D van het Jaarbeeld Zorg.

13.

In zijn algemeenheid wordt geconstateerd dat de inzet van extra middelen voor productie heeft geleid tot een toename van de productie, afname van wachttijden en globaal een afname van wachtlijsten. De afname van wachtlijsten is minder dan op grond van aannames vooraf kon worden verwacht, onder meer vanwege de toename van het aantal indicaties. Is voor de sectoren verpleging en verzorging, thuiszorg en gehandicaptenzorg aan te geven in hoeverre de snelle groei van indicaties zorgvragers betreft die om lichtere vormen van zorg vragen of als minder urgent zijn aan te merken? Zijn er mogelijkheden de groei van latente zorgvraag af te remmen? Zo ja welke?

Latente vraag betreft objectief aanwezige zorgbehoefte, die (nog) niet via indicatiestelling leidt tot een concrete zorgvraag. De achterliggende reden daarvoor is meestal dat de zorgbehoevende niet verwacht de noodzakelijke zorg binnen redelijke termijn te kunnen ontvangen. Door uitbreiding van de zorgcapaciteit neemt de verwachting over het daadwerkelijk kunnen krijgen van zorg toe, en wordt de latente vraag manifest.

Allereerst dient te worden opgemerkt dat noch bij de sector verpleging en verzorging noch bij de gehandicaptensector is te zeggen in hoeverre de extramurale indicatiestelling is toegenomen als gevolg van een verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg. Immers, het gevoerde overheidsbeleid heeft als doel mensen zoveel mogelijk extramurale zorg te bieden.

Er zijn voor de sector verpleging en verzorging over 2002 geen detailgegevens bekend over de indicatiestelling. Vergelijking van de wachtlijsten per 1 oktober 2001 en 1 november 2002 en de productiegegevens over 2002 maken het echter waarschijnlijk dat de toename van de indicaties zich met name heeft voorgedaan bij extramurale zorgproducten (Thuiszorgproducten en extramuraal verleende zorg vanuit verpleeg- en verzorgingshuis).

Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn wel gegevens bekend. Daaruit blijkt dat in 2001 ca. 56% van de indicaties in zorgproducten een lichte vorm van zorg betreft en in 2002 68% van de indicaties. Hieronder vallen de categorieën kort verblijf (o.a. weekend opvang, vakantie en logeren), begeleiding cliënt (begeleid zelfstandig wonen en begeleiding in de thuissituatie), begeleiding ouders (opvoedkundige begeleiding en praktische thuishulp), onderzoek en advies en lichtere vormen van ondersteuning bij wonen (gericht op zelfstandigheid).

Verder dient in dit verband opgemerkt te worden dat er verschil is in de systematiek voor het tot stand komen van wachtlijsten bij de onderscheiden sectoren.

In de sector verpleging en verzorging is de indicatie leidend. Indien een indicatie is gesteld wordt de betreffende persoon op de wachtlijst geplaatst zolang de geleverde zorg niet overeen komt met de geïndiceerde zorg. Ook indien de zorg niet als urgent wordt beschouwd. Binnen de gehandicaptenzorg worden alleen cliënten die urgent zijn geïndiceerd en eventueel op de wachtlijst geplaatst. Zorgvragers die op de wachtlijst staan zijn dus niet aan te merken als meer of minder urgent.

14.

Neemt de minister de Treeknormen voor wachttijden over en stelt de minister dat alleen bij overschrijding van de Treeknormen wachttijden aangepakt moeten worden?

Treeknormen zijn normen die door aanbieders en verzekeraars zijn geïntroduceerd. Het veld heeft deze normen gebaseerd op wat in hun opinie, medisch en maatschappelijk aanvaardbaar is. De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geven recht op zorg, en geen recht op zorg binnen een bepaalde periode. De Treeknormen zijn dan ook nooit geformaliseerd of opgenomen in het wachtlijstbeleid van VWS. Omdat de Treeknormen voor de zorgaanbieders en -verzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen zijn in het Jaarbeeld Zorg de Treeknormen als ijkpunt gebruikt.

15.

Per klinisch specialisme en dagverpleging worden wachttijden aangegeven. Is bekend of de overschrijding van de streeknormen per specialisme en per ziekenhuis verschillen? Zoja, wat betekent dat voor het beleid de komende jaren?

Het is zeker bekend dat de wachttijden per specialisme en voor dagverpleging verschillen. Deze verschillen kunnen zelfs aanzienlijk zijn. Per regio, per ziekenhuis en per specialisme bestaan zeer afwijkende wachttijden. Uit de nulmeting van november 2002 blijkt dat het voor patiënten die actief zoeken naar de kortste wachttijden of gebruik maken van zorgbemiddeling, over het algemeen mogelijk is om zorg binnen de Treeknormen te verkrijgen, vaak zelfs binnen de eigen regio. Maandelijks worden de meest recente wachttijden publiek gemaakt op de website van de brancheorganisatie van ziekenhuizen (www.nvz-ziekenhuizen.nl). Uit deze nadere gegevens blijkt dat de wachttijden voor electieve ziekenhuiszorg (verder) zijn gedaald ten opzichte van het Jaarbeeld Zorg 2002.

Enkele recente (kern)gegevens zijn:

gemiddelde wachttijd in weken

	dec-00	dec-01	dec-02	mrt-03	Vershil dec 2001-mrt 2003 (- = afname, + = toename)
Ziekenhuizen kliniek	8,8	6,7	5,8	5,5	-1,2
Ziekenhuizen dagverpleging	6,4	5,7	5,2	4,9	-0,8
Ziekenhuizen polikliniek	4,7	5,1	5	4,6	-0,5
Orthopedie kliniek		13,7	12,9	12,3	-1,4
Orthopedie dagverpleging		8	8,1	7,5	-0,5
Orthopedie polikliniek		5,1	4,6	4,4	-0,7
Oogheekunde kliniek		15	12,4	10,9	-4,1
Oogheekunde dagverpleging		13,8	12,3	11	-2,8
Oogheekunde polikliniek		9,3	8,4	8,3	-1
Cardiologie kliniek		1,7	1,8	2	0,3
Cardiologie dagverpleging		2,5	2,6	2,7	0,2
Cardiologie polikliniek		5	4,6	4,7	-0,3
Cardiologie kliniek dotterbehandeling ¹	2	4	6,1	6,2	2,2
Cardiologie open hart operatie ¹		11	13,2	9,4	-1,6
Radiotherapie kliniek ¹	2	2,2	2	1,4	-0,8
Radiotherapie dagbehandeling ¹	2,4	2	2,3	1,8	-0,2
Radiotherapie polikliniek ¹	2,9	2,1	1,3	1,4	-0,7

Uit deze tabel blijkt dat de gemiddelde wachttijd daalt. Ook de gemiddelde wachttijden voor de specialismen waaruit het landelijk gemiddelde is opgebouwd, dalen op enkele uitzonderingen na (cardiologie).

In het Hoofdlijnen Akkoord van het huidige Kabinet is opgenomen dat wachtlijsten/tijden voor levensbedreigende risico's bijzondere aandacht krijgen. Daaronder vallen primair de behandeling van kanker en hartziekten. Op de wijze waarop deze bijzondere aandacht vorm krijgt, zal ik terugkomen.

16.

Zijn de nog lange wachttijden en lange wachtlijsten voor bepaalde vormen van zorg bij gehandicapten (onder meer woonondersteuning, traditionele intramurale zorg en dagbesteding), weg te werken langs de huidige wachtlijstaanpak en zo ja hoeveel middelen zijn dan vereist in de komende 4 jaar indien het huidige tempo zich voortzet? Zijn alternatieve vormen van uitbreiding van zorg onderzocht die sneller en wellicht goedkoper zijn en even goed tegemoet komen aan de wensen van zorgvragers? Is nagegaan in hoeverre second best oplossingen uiteindelijk voor zorgvragers een voldoende adequate zorg betekenen?

Bij alle zorgvragers wordt onderzocht of alternatieven mogelijk zijn. In de gehandicaptenzorg gaat het over het algemeen, naast verzorging, om zorg in de vorm van ondersteuning t.b.v. het zo zelfstandig mogelijk functioneren op alle levensgebieden. Second best oplossingen zijn daarom per definitie niet aan de orde, alleen als mogelijke overbrugging naar de definitieve vorm van zorg. De gevonden alternatieven zijn dan ook te beschouwen als first best oplossingen.

17.

Is duidelijk in hoeverre een betere dienstenstructuur in de locale omgeving de vraag naar lichte vormen van geïndiceerde zorg kan doen afnemen?

In de gehandicaptenzorg gaat het over het algemeen, naast verzorging, om zorg in de vorm van ondersteuning t.b.v. het zo zelfstandig mogelijk functioneren op alle levensgebieden. Een betere dienstenstructuur kan daar aan bijdragen. Daar waar het gaat om ontlasting van de thuissituatie of invulling van de vrijetijdsbesteding zou een goede dienstenstructuur de druk op de lichtere vormen van zorg kunnen verlichten. Er zal dan substitutie plaatsvinden van de welzijnsachtige voorzieningen binnen de zorgverlening naar echte welzijnsvoorzieningen. Daarnaast maakt een goede dienstenstructuur het ook mogelijk dat zwaardere vormen van geïndiceerde zorg door cliënten worden omgezet in lichtere varianten van zorg, die aangevuld worden met een aantal producten uit het dienstencircuit. Een kwantificering van de geschetste verschuiving is op dit moment niet mogelijk, aangezien aan een aantal voorwaarden voor het tot stand komen van het effect nog niet is voldaan.

Een nuancering is echter wel op zijn plaats. Het beschikbaar zijn van een goede dienstenstructuur is een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde voor het optreden van de geschetste vraagvermindering binnen de zorg. Het beschikbaar zijn van aangepaste betaalbare woningen voor gehandicapten is namelijk ook van belang.

Binnen de gehandicaptensector is het door de ernst van de handicap echter niet voor iedereen mogelijk om zelfstandig te kunnen functioneren met ondersteuning vanuit de dienstenstructuur. De groep gehandicaptensector die gebruik zal gaan maken van een dienstenstructuur is dan ook kleiner t.o.v. de ouderenzorg. Binnen laatstgenoemde sector is de verwachting dat de dienstenstructuur een groter effect zal hebben op vraag naar zorg.

18.

Hoe groot zijn de kosten die gepaard gaan met de verschuiving van cliënten uit de Jeugdzorg en GGZ naar de verstandelijk gehandicaptenzorg in verband met de budgetmaxima in die sectoren? Heeft deze verschuiving consequenties op de wachtlijsten in de Jeugdzorg en de GGZ en wat zijn de consequenties op de budgetten in 2003?

Er is over de afgelopen jaren een toename waar te nemen van het aantal cliënten binnen de gehandicaptenzorg dat afkomstig was uit *andere sectoren* zoals de jeugdzorg en de GGZ, waar nog geen onbeperkte wachtlijstaanpak (vooral voor het PGB) voorhanden was. Het kwantificeren van het aantal personen dat vanuit een andere sector op de wachtlijst voor de gehandicaptenzorg belandt, is niet mogelijk. Als gevolg hiervan is het ook niet mogelijk om de kosten die dit voor de gehandicaptenzorg met zich mee brengt in een bepaald bedrag uit te drukken, noch is aan te geven hoe zich dit laat zien in de wachtlijsten van de andere sectoren.

Per 1 januari 2003 is het budgetmaximum voor de GGZ opgeheven en geldt ook in de GGZ een 'boter bij de vis' principe, zodat verzekeringsaanspraken kunnen worden gehonoreerd.

19.

Welk percentage van de mensen op de wachtlijst voor verpleeghuis en verzorgingshuis staat er op voor zorg op, dat wil zeggen: hoeveel % weigert een plaats als men die aanbiedt omdat ze er nog niet aan toe zijn?

Uit een onderzoek van bureau HHM in de regio's Oost-Groningen en Midden Brabant (3 juli 2001) onder cliënten die op de wachtlijst staan en thuiszorg als overbruggingszorg krijgen is gebleken dat ca 13% al eens een aangeboden plaats in een verzorgingshuis heeft geweigerd. De reden voor weigering hangt nauw samen met de aangeboden plaats (kamer bevalt niet) en met de situatie waarin de betrokkene zich bevindt (wil nog niet verhuizen, thuiszorg bevalt nog goed etc.). Ongeveer de helft van de respondenten zou ten tijde van het onderzoek een aanbod in het verzorgingshuis van voorkeur weigeren, met vergelijkbare redenen. Voor de wachtenden op verpleeghuiszorg zijn deze gegevens niet voor handen. Algemeen wordt aangenomen dat deze problematiek hier, gezien de zwaarte van de zorg, nauwelijks speelt.

20.

Dat er binnen een tijdsbestek van een jaar een toename is geconstateerd van 6,7 % van het aantal zorgvragers wordt gewijd aan vergrijzing en "er moet dus ook sprake zijn geweest van een latente [zorg]vraag die zichtbaar wordt.". Waarom wordt er geen duidelijke verklaring gegeven voor de toename in het aantal zorgvragers? Omdat er wordt gesteld dat in het voorgaande jaar ook sprake is geweest van een dergelijke toename mag toch worden verondersteld dat er een duidelijke verklaring mogelijk is? Waarom wordt die niet gegeven? Kan de minister voor het komende jaar zo een verklaring wel geven? Zo niet, waarom niet? Kan hij daarin ook de voorgaande jaren meenemen? Zo niet, waarom niet?

De gegevens die ter beschikking staan maken het niet mogelijk om een duidelijker antwoord te geven dan in het Jaarbeeld Zorg vermeld. Het indicatieproces is toegesneden op de beantwoording van de vraag of er objectief behoefte is aan een in de AWBZ-aanspraken opgenomen zorgvorm. Geconstateerd kan worden dat het aantal afgegeven positieve indicaties is gestegen. De omvang van die stijging is groter dan op grond van de demografische ontwikkeling zou worden verwacht. Daaruit is de conclusie getrokken dat er kennelijk ook sprake moet zijn van latente vraag die manifest wordt. Waarschijnlijk heeft de toename van de capaciteit, als gevolg van het ter beschikking stellen van wachtlijstmiddelen, er toe geleid dat meer zorgbehoeftegen een indicatie zijn gaan aanvragen. Verder is het niet uitgesloten dat de gegevens bij sommige rio's vervuld zijn omdat er toch wat herindicaties in de telling terecht zijn gekomen. De beschikbare indicatiegegevens maken het momenteel niet mogelijk, om nadere conclusies te trekken.

21.

Zijn er regio's waar clinten aanzienlijk minder gebruik maken van een PGB? Zo ja, wat is hiervoor de verklaring?

In de jaarrapportage van de Sociale Verzekeringsbank over de ontwikkelingen van het PGB in 2002 is een beeld geschetst van de regionale verdeling van het aantal budgethouders in de categorieën verpleging en verzorging en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Daaruit blijkt, dat de concentratie budgethouders in de categorie verpleging en verzorging het minst groot is in de regio's Zaanstreek/Waterland en Rotterdam. In de categorie verstandelijk gehandicapten is dit het geval in de regio's Amsterdam, Amstelland/Meerlanden en Rotterdam. Het is echter in geen enkele regio zo dat het pgb niet of nauwelijks wordt gebruikt. Naar de regionale verschillen in gebruik is geen onderzoek gedaan.

22.

Kan worden aangegeven in hoeverre de operationele doelstellingen ten aanzien van de instroom van personeel in de zorg zijn gehaald?

Het gaat bij instroom van personeel om de volgende doelstellingen:

1. Vergroting van de instroom in de opleidingen, het studierendement en het beroepsrendement met 15% in 2002 ten opzicht van 1999.
2. Uitbreiding van het contractonderwijs met 37,5% in 2002 ten opzichte van 1999.
3. De instroom van 4000 allochtonen in 2002.
4. De instroom van 4000 extra herintreders in 2002.
5. Het behoud van 12.000 ID-banen en het realiseren van 2000 extra ID-banen in 2002.

In 1999 bedroeg de totale instroom in de zorgopleidingen (hbo + mbo) 20.643 personen. In 2001, het laatste jaar waarover tot nu toe cijfers bekend zijn, was dat 23.934 personen. Dit betekent een stijging van 15,9%. De doelstelling voor 2001 was 10% en voor 2002 15%. De doelstelling voor 2002 is dus eigenlijk al in 2001 ruimschoots gehaald.

Met betrekking tot het studierendement zijn tot nu toe alleen cijfers beschikbaar over 2001/2002. In het Jaarbeeld Zorg zijn deze weergegeven. Omdat geen gegevens bekend zijn

over 1999, kan geen uitspraak worden gedaan over de vraag of de doelstelling gehaald is. Ook kan nog niet worden aangegeven of het rendement een stijgende lijn te zien geeft. Het beroepsrendement is tussen de peilmomenten 1997-1999 en 1998-2000 toegenomen van 54% tot 61%. Dit is een stijging van 13%. Cijfers over latere peilmomenten zijn nog niet beschikbaar. Maar gesteld kan worden dat de doelstelling voor 2002 in 2000 al bijna gehaald is. Over het contractonderwijs valt slechts het volgende te melden. In 2000 is het aantal deelnemers aan cursussen thuiszorg ten opzichte van 1999 met 4% gestegen. Over 2001 en 2002 zijn geen cijfers bekend. Een uitspraak over de doelstelling met betrekking tot het contractonderwijs is derhalve niet mogelijk.

Het laatste bekende cijfer ingestroomde allochtonen heeft betrekking op 1999. In dat jaar zijn er netto 3000 allochtonen ingestroomd. Aangezien over latere jaren nog geen betrouwbare informatie voorhanden is, blijft voorlopig in het midden of de doelstelling voor 2002 is gehaald.

Verwacht wordt overigens dat dat wel het geval zal zijn, gelet op de realisatie in 1999. De OSA is momenteel bezig betrouwbare cijfers voor de jaren na 1999 boven tafel te krijgen.

Tot en met het vierde kwartaal van 2002 zijn in het kader van het project "Hard Nodig" 951 herintreders ingestroomd. Deze instroom komt bovenop de aanzienlijke reguliere instroom van herintreders. Over deze reguliere instroom zijn echter geen gegevens per jaar beschikbaar. Of de doelstelling voor 2002 (4000 extra ten opzichte van 2001) gehaald is kan derhalve niet worden aangegeven. Wat wel duidelijk is, is dat het aantal in het kader van "Hard Nodig" ingestroomde herintreders is achtergebleven bij de verwachtingen.

In 2002 waren er in totaal 12.685 ID-banen in de zorg. Volgens de doelstelling zouden dat er 14.000 moeten zijn. De doelstelling is derhalve niet geheel bereikt. Maar daarbij moet wel worden bedacht dat het kabinet Balkenende I halverwege 2002 besloten heeft het aantal ID-banen terug te brengen door personeel te laten instromen naar reguliere arbeidsplaatsen.

23.

Kan worden toegelicht in hoeverre de operationele doelstellingen ten aanzien van het behoud van personeel zijn gehaald?

Het gaat bij behoud van personeel om de volgende operationele doelstellingen:

1. Vermindering van het nettoverloop met 15% in 2002 ten opzichte van 1999.
2. Verhoging van de gemiddelde arbeidsduur met 0,37% in 2002 ten opzichte van 1999.
3. Formulering van beleidskaders om leer- en opleidingsactiviteiten effectiever te maken, her- en bijscholing te intensiveren en beleidsvorming rond het leer- en opleidingsbeleid te stimuleren en te ondersteunen.

Over 2002 zijn nog geen cijfers beschikbaar voor het nettoverloop. Doelstelling voor 2001 was een daling van 10% ten opzichte van 1999. Er is in 2001 ten opzichte van 1999 een daling van 8,5% gerealiseerd. De doelstelling voor het nettoverloop is dus grotendeels gerealiseerd.

In 1999 bedroeg de gemiddelde arbeidsduur 64,1% van een voltijds dienstverband. Voor 2002 is dit percentage nog niet bekend. De doelstelling komt voor 2001 neer op een percentage van 64,25%. In 2001 bedroeg het percentage 64,2%. De doelstelling met betrekking tot de arbeidsduur is dus (nagenoeg) gerealiseerd, ondanks dat er veel herintreders aan de slag zijn gegaan in deeltijdbanen.

Voor wat de derde doelstelling betreft, is niet op alle onderdelen evenveel informatie beschikbaar. Met betrekking tot effectiviteit van leer- en opleidingsactiviteiten zijn geen betrouwbare kwantitatieve gegevens beschikbaar. Op basis van het OSA-werknemerspanel kan worden geconcludeerd dat de cursusdeelname in de zorgsector in de periode 1998-2000 gelijk was aan die in de periode 1996-2000. Recentere informatie is niet beschikbaar. In 1999 had 84% van de werkgevers in de zorgsector een schriftelijk vastgelegd scholingsbeleid, in 2001 was dat 93%.

24.

Wat zijn de projectkosten die tot nu toe van het project Modernisering AWBZ en welke kosten worden nog voorzien?

De Modernisering van de AWBZ is door de Tweede Kamer aangemerkt als 'groot project'. De Tweede Kamer wordt halfjaarlijks uitvoerig geïnformeerd over de voortgang van het project. In de voortgangsrapportages die vanaf 2001 tot op heden aan de Tweede Kamer zijn verzonden is verantwoording afgelegd over de gerealiseerde kosten die samenhangen met de Modernisering AWBZ. Schematisch geeft dat het volgende beeld.

2000	€ 15 mln. (1 ^e VGR)
2001	2001 € 36.1 mln. (2 ^e VGR)
2002	€ 31.2 mln. (3 ^e VGR)
2003	€ 16.9 mln. (4 ^e VGR)
2004	€ 11.3 mln. (4 ^e VGR)
totaal	€ 110.5 mln.

In bovenstaand overzicht geven de jaren 2000 tot en met 2002 realisatiecijfers weer. De jaren 2003 en 2004 zijn begrote middelen. De begroting van het groot project Modernisering AWBZ omvat de kosten van activiteiten die nodig zijn om de overgang naar een vraaggestuurde zorg soepel en doelmatig voor alle betrokkenen te laten verlopen. Het betreft alleen kosten die direct met de verandering samenhangen, niet de kosten die betrekking hebben op de reguliere uitvoering van de AWBZ.

Van de kosten maken deel uit de subsidies aan de zorgkantoren voor de zorgregistratie en de financiële ondersteuning van de professionalisering van de indicatiestelling.

25.

Kan worden aangegeven hoeveel geld de invoering van de Balances Scorecard" kost?

Voor de ontwikkeling van de Balanced Scorecard (BSC) heeft VWS inmiddels € 91.000 uitgegeven en € 200.000 gereserveerd. De middelen worden in periode 2002 tot en met 2004 uitgegeven.

26.

Kan worden aangegeven hoe de verschillende informatiestromen en informatiesystemen zich tot elkaar verhouden? Zitten er ook overlappen in de informatievergaring? Wordt er gebruik gemaakt van elkaars informatiebronnen?

In de nadere uitwerking Vraag aan bod van 15 april 2002, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 855, nr. 17, is in de bijlage « Informatievoorziening en transparantie» de situatie beschreven. Overlappen in de informatievoorziening zijn door de Commissie De Beer geïnventariseerd voor de WTG, WZV, ZFW en AWBZ. Dit heeft geleid tot het saneren van toenequêtes. Met ingang van dit jaar zullen er elf enquêtes minder worden uitgevoerd. Er wordt in mende mate gebruik gemaakt van elkaars informatiebronnen. Prismant en CBS hebben bijvoorbeeld een convenant gesloten over het gebruik van de LMR-gegevens door het CBS. VWS tapt voor het produceren van het jaarbeeld en de zorgnota zoveel mogelijk gegevens af bij haar ZBO's en Prismant.

27.

Wat is het (exploitatie)budget voor de bouw per sector en hoe groot was de onderbesteding per sector?

De WZV-vergunningsplichtige uitbreidingsbouw

De uitbreidingsbouw maakt onderdeel uit van de totale groeirimte van een sector en vindt plaats in het kader van de extra productie. Er is geen afzonderlijk bouwkader voor uitbreidingsbouw.

In tabel 1 zijn de exploitatiegevolgen van het actuele bouwprogramma voor de uitbreidingsbouw weergegeven in het jaar 2002.

Tabel 1 Exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige uitbreidingsbouw (enkelvoudig), prijspeil 31 december 2001

in EUR mln	
sector	2002
ziekenhuizen ¹⁾	3,0
verpleeghuizen ²⁾	25,5
geestelijke gezondheidszorg	15,2
gehandicaptenzorg ³⁾	9,5
totaal	53,2

¹⁾ exclusief academische ziekenhuizen ²⁾ exclusief verzorgingshuizen ³⁾ inclusief gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven

De WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw

De instandhoudingsbouw verloopt voor een deel via een vergunningsprocedure en voor een deel via de meldingsregeling. De exploitatiegevolgen van het actuele bouwprogramma voor instandhoudingsbouw in het jaar 2002 zijn weergegeven in tabel 2. Bij deze raming is er geen rekening mee gehouden dat de door de instelling reeds opgebouwde en nog op te bouwen trekkingsrechten dienen te worden ingebracht bij vergunningsplichtige instandhoudingsbouw.

Tabel 2 Exploitatiekader en beslag voor vergunningsplichtige instandhoudingsbouw, prijspeil 31 december 2001

in EUR mln	Kader	Beslag	verschil
Sector	2002	2002	2002
ziekenhuizen ¹⁾	14,9	10,4	4,5
verpleeghuizen ²⁾	42,8	24,9	17,9
geestelijke gezondheidszorg	14,2	8,4	5,8
gehandicaptenzorg ³⁾	8,9	19,0	-10,1
totaal	80,8	62,7	18,1

¹⁾ exclusief academische ziekenhuizen ²⁾ exclusief verzorgingshuizen ³⁾ inclusief gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven

28.

Bent u op de hoogte van het feit dat procedures binnen gemeenten een vertragende factor kunnen vormen bij het "tot stand brengen van nieuwbouw en/of renovatie van zorginstellingen? Deelt u de opvatting dat een deel van dit probleem kan worden veroorzaakt door het feit dat gemeenten aan de (ver)bouw van zorginstellingen niet altijd voldoende prioriteit toekennen? Bent u bereid met de VNG in overleg te treden over de problematiek en de Kamer hierover te informeren?

Ja. Volgens het College bouw ziekenhuisvoorzieningen worden als de meest vertragende factoren genoemd: geen geschikte locatie beschikbaar, de noodzaak het bestemmingsplan te wijzigen, het zogenoemde verdrag van Malta, de monumentenwet en de eisen van welstand. Globaal geschat zijn bij 30% van de nieuwbouwprojecten problemen met grondverwerving.

De politiek-bestuurlijke prioriteitstelling van gemeenten bepaalt of en met welke prioriteit medewerking wordt verleend aan de realisatie van nieuwbouw voor een zorginstelling. Het lokale bestuur moet daarbij verschillende belangen tegen elkaar afwegen. De indruk bestaat dat vooral in de geestelijke gezondheidszorg sprake is van lage prioritering.

Ik ben bereid voor dit onderwerp aandacht te vragen in het reguliere overleg met de VNG.

29.

Is het correct dat het gemiddeld zeven jaar duurt voordat nieuwbouwlocaties kunnen worden opgeleverd?

De aard en omvang van nieuwbouwprojecten en de bijkomende wettelijke procedures zijn zeer uiteenlopend. Daarom zijn hierover weinig gegevens beschikbaar waaruit zinvolle conclusies over redenen van vertraging getrokken kunnen worden. Volgens eigen informatie en van het College bouwziekenhuisvoorzieningen is een gemiddelde doorlooptijd van 7 jaar voor ingewikkelde bouwprojecten in de zorg, gerekend vanaf de verklaring tot aan de oplevering, niet ongebruikelijk. Eenvoudige projecten voor de functie verblijf met zorg voor ouderen hebben een doorlooptijd van 4 tot 5 jaar. Kleinschalige en relatief eenvoudige projecten, gebruikt voor verblijf van bijvoorbeeld gehandicapten, worden vaak binnen 3 jaar gerealiseerd. Indien de vertragende factoren, genoemd in mijn antwoord op 28, zich in sterke mate voordoen bij een project kan dat betekenen dat de realisatietijd zal verdubbelen.

30.

Hoeveel procent van de bedden zal gesloten worden indien het aantal bedden teruggebracht wordt naar 2 per 1000 adherente inwoners? Wat zijn de gevolgen van deze beddenreductie voor het aantal klinische ziekenhuislocaties met 7x24-uurszorg?

Uit het rapport "Ontwikkeling bedgebruik ziekenhuizen" dat op 3 januari 2003 door het College Bouw ziekenhuisvoorzieningen werd uitgebracht staat dat in 2001 het aantal beschikbare bedden (het aantal bedden waarvan het ziekenhuis uitgaat bij de opnameplanning) ongeveer 3 per 1000 adherente inwoners bedroeg. Het terugbrengen van het aantal bedden naar 2 per 1000 adherente inwoners zou dus een vermindering met 33 procent betekenen.

Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen concludeert in genoemd rapport dat voor 2015 het aantal benodigde bedden ligt tussen 1,7 en 2,3 per 1000 inwoners. In de plannen van ziekenhuizen voor vervangende nieuwbouw wordt, aldus het College, conform het beleidsstreven van de minister, voor 2010-2015 uitgegaan van een behoefte aan ziekenhuisbedden die ligt tussen de 2 en 2,5 bedden per 1000 inwoners. Van een effect op het aantal klinische ziekenhuislocaties met 7x24-uurszorg is geen sprake omdat een ziekenhuis meer is dan een beddenhuis en een deel van de verminderde bedbehoefte wordt "gecompenseerd" door uitbreiding van de polikliniekfaciliteiten zodat de ziekenhuislocatie op zich niet in haar voortbestaan geraakt wordt.

31.

Hoe verhoudt zich de verantwoordelijkheid van de centrale overheid voor het borgen van de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg tot het streven de zorginstellingen zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk te laten zijn voor hun eigen infrastructuur? Acht de regering, gezien de problemen met de (ver)bouw van zorginstellingen, meer regie vanuit de overheid gewenst?

Nee, integendeel. De rol van de overheid krijgt in een meer vraaggericht model wel een andere vorm. Er vindt een verschuiving plaats van regulering en controle op input vooraf, naar kaderstelling vooraf en beoordeling op prestaties achteraf. De voorgestelde vervanging van de WZV door de WEZ past bij deze rolverandering.

32.

Op welke wijze vindt de financiering plaats van de dagbehandeling nu deze bouw sinds 1 april 2003 niet meer onder de WZV valt?

Onder de "gemoderniseerde" AWBZ mogen alle toegelaten aanbieders zonder WZV-vergunning in de extramurale zorgvraag voorzien. Met ingang van 1 april 2003 is geregeld dat extramurale, ambulante en semi-murale initiatieven van WZV-instellingen zonder WZV-procedure mogen worden gerealiseerd. Hierdoor krijgen bestaande WZV-aanbieders en overige aanbieders op de

AWBZ-markt die geen verblijf (willen) bieden, gelijke kansen om extramurale zorg te leveren. Korthedshalve verwijs ik u naar de toelichting op de regeling van de staatssecretaris van 9 april 2003, DWJZ/SWW-2370322 en de bijbehorende circulaire voor de instellingen (Stcrt. 74). Vanwege het streven naar een gelijke concurrentiepositie tussen WZV-instellingen en de overige aanbieders op de AWBZ-markt zal ook de financiering van de door hen geleverde zorg op een vergelijkbare wijze geregeld worden. De levering van deze zorg en de daarmee gemoeide kapitaallasten worden, met terugwerkende kracht tot 1 april 2003, gefinancierd op basis van beleidsregels die het CTG op dit moment daarvoor aanpast. Voor zover kapitaallasten werden nagecalculeerd op grond van vergunningen moet de bekostiging na 1 april immers via een normatieve vergoeding of via een opslag op de tarieven plaatsvinden.

33.

Vindt de regering dat de twee doelstellingen van de overheid, het realiseren van een zodanig aanbod van zorgvoorzieningen en dienstverlening dat degenen die daarvoor in aanmerking komen binnen redelijke termijnen geholpen worden en het streven naar een zodanige zorgvoorzienings- en dienstverleningswijze dat mensen naar eigen keuze een op de eigen behoefte afgestemd zorg- en verblijfsarrangement kunnen samenstellen, in 2002 voldoende zijn gerealiseerd? Zo ja, op grond waarvan verdedigt de regering deze stelling? Hoe verhouden zich deze doelstellingen bijvoorbeeld tot het voortbestaan van meerbedskamers in verpleegtehuizen?

Gelet op de groei van de omvang van de in 2002 geleverde zorg, ben ik van mening dat wat betreft het realiseren van de eerste doelstelling er behoorlijk vorderingen zijn gemaakt. Ook op het punt van het scheppen van meer keuzemogelijkheden is in 2002 vooruitgang geboekt. De voor dat jaar beoogde afname van de wachtlijsten is gerealiseerd. (zie hiervoor ook het antwoord op vraag 11 bij het Jaarverslag van VWS) De Woonzorgstimuleringsregeling en de mogelijkheden voor het realiseren van zorginfrastructuur in het kader van de WZV hebben daartoe bijgedragen.

Ik merk daarbij op dat het hier gaat om langere termijn doelstellingen, waaraan jaarlijks gewerkt zal moeten worden. Het is niet zo dat deze doelstellingen binnen één jaar voldoende gerealiseerd zouden kunnen zijn.

Wat betreft het voortbestaan van meerbedskamers is het zo dat dit heeft bijgedragen aan de eerste doelstelling, waaraan thans prioriteit wordt gegeven.

34.

Wanneer zal de aangekondigde forse uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit naar verwachting worden verwezenlijkt?

De verwachte uitbreiding zal gespreid over de komende jaren worden gerealiseerd, waarbij het zwaartepunt ligt in de jaren 2004 en 2005.

35.

Kan de regering ingaan op de in 2002 geboekte resultaten van het Operationeel Team Wachtlijsten? Wat behelsde de bezigheid van het OTW met 62 casussen in 2002?

De activiteiten van het operationeel team wachtlijsten laten zich in hoofdlijnen in twee componenten uitsplitsen. Ten eerste gaat het om het stimuleren van uitbreidingsplannen bij individuele zorgaanbieders. Ten tweede gaat het om het helpen zoeken naar oplossingen bij projecten die zijn vastgelopen dan wel dreigen vast te lopen.

Gerekend vanaf de start van de werkzaamheden zijn door interventies van het team de realisatie van 955 intramurale plaatsen bevorderd. In het verlengde daarvan was tevens sprake van reële plannen tot realisatie van seniorenwoningen.

36.

Welke gevolgen heeft de afname van de intramurale verzorgingshuiscapaciteit met 600 voor mensen die in aanmerking willen komen voor een plaats in een verzorgingshuis?

De afname van de intramurale verzorgingshuiscapaciteit wordt gecompenseerd door een toename van het aantal zorgwoningen. Het exacte aantal zorgwoningen is niet bekend.

37.

Hoe groot was in 2002 de onderschreiding van het budget voor de (ver)bouw van verpleegtehuizen en verzorgingshuizen? Op welke wijze worden de overblijvende financiële middelen aangewend? Hoeveel geld is nog beschikbaar op grond van het Bouwkader instandhouding verpleeghuizen tot en met 2006? Kunnen hieruit alle reeds geplande en toekomstige projecten worden gefinancierd? Overweegt de regering verlenging van het Bouwkader tot bijvoorbeeld 2008, om stagnatie van (ver)bouw van instellingen na 2006 tegen te gaan?

Voor de uitbreidingsbouw is er geen afzonderlijk bouwkader meer. Deze bouw maakt deel uit van de groeirimte voor de sector verpleging en verzorging.

In februari 2002 is de bouwprioriteitenlijst voor WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw verpleeghuizen vastgesteld voor de periode 2001 t/m 2006 met een totaal bedrag van € 147,6 mln. Het beschikbare kader over de periode 2001 t/m 2006 is € 135,5 mln. De prioriteitenlijst leidt derhalve tot een overschrijding van € 12,1 mln in 2006. In de jaren 2007 en 2008 wordt de overschrijding echter weer geheel ingelopen, waardoor de overschrijding tot een acceptabele risico beperkt blijft.

De onderscheiding in het jaar 2002 bedroeg € 27,4 mln. Hierbij is rekening gehouden met een inbrengverplichting van 35% bij vergunningsplichtige projecten.

Voor de verpleeghuizen kunnen alle reeds geplande instandhoudingsprojecten worden gefinancierd.

Voor de verzorgingshuizen wordt thans nog gewerkt aan een actualisatie, zodat daar nog geen vergelijkbare gegevens voor beschikbaar zijn.

38.

Hoeveel personen verbleven in een verpleeghuis op een 5- of 6-bedkamer? Is dit aantal in 2002 toe- of afgenomen?

Zie het antwoord op vraag 39

39.

Kan de regering aangeven hoeveel meerbedkamers er in verpleegtehuizen waren aan het einde van 2002, afgezet tegen het totale aantal kamers in verpleegtehuizen? Is het aantal meerbedkamers in verpleegtehuizen, zowel in absolute zin als in relatie tot het totale aantal verpleeghuis-kamers, in 2002 toe- of afgenomen?

Er wordt geen dynamische registratie bijgehouden van het aantal meerbedkamers in verpleeghuizen. Een stand per 31 december 2002 is dan ook niet te geven.

Uit een inventarisatie van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen in 2002 blijkt dat aangenomen moet worden dat rond 1 augustus 2002 er van de 58.000 bewoners van verpleeghuizen ruim 22.000 bewoners in drie- of meerbedkamers verbleven, waarvan een kleine 3.000 in vijf- of zesbedkamers.

Gelet op de goedkeurende verklaringen voor renovatieplannen die zijn afgegeven wordt aangenomen dat het aantal drie- of meerbedkamers in 2002 is afgenomen.

40.

Waarom is het te wijten dat voor 8300 meerbedkamers geen bouwplan is ingediend?

Het bestuur van een instelling is verantwoordelijk voor het opstellen en indienen van bouwplannen.

41.

Welke activiteiten heeft de regering in 2002 ondernomen, om het aantal meerbedbedden in verpleegtehuizen zoveel mogelijk te reduceren? Welke financiële middelen zijn hiervoor aangewend?

Renovatievoorstellen, welke op de prioriteitenlijst zijn geplaatst en waarvoor in 2002 een positief advies van het CBZ is ontvangen krijgen in beginsel een verklaring van behoefte. Aangezien de renovatievoorstellen in een groot deel van de gevallen betrekking hebben op zowel drie- of meerbedkamers als andere onderdelen van een instelling, kan niet worden aangegeven welk deel van de middelen van het totaal kader voor de instandhouding van verpleeghuizen, zoals ik dat in mijn antwoord op vraag 37 heb aangegeven, zijn gemoeid met het reduceren van drie- of meerbedkamers.

42.

Waarom is het te wijten dat de afname van het aantal meerbedkamers in verpleegtehuizen niet alleen is gestagneerd, maar dat zelfs weer vijf- en zesbedkamers in herbruik zijn genomen? Acht de regering deze ontwikkeling acceptabel?

Uit de passage op blz 62 van het Jaarbeeld Zorg 2002 mag niet worden afgeleid dat de daling van het aantal drie- of meerbedkamers stagneert, ook al zijn in enkele gevallen aanvragen voor afbouw vertraagd en zijn er vijf en zesbedkamers weer in gebruik genomen. De afname als gevolg van renovatie zet nog steeds door.

Met het oog op de terugdringing van de wachtlijsten acht ik het acceptabel dat vijf- en zesbedkamers tijdelijk weer in gebruik worden genomen, aangezien anders een aantal zwaar zorgbehoeftigen geen adequate zorg zou kunnen worden geboden.

43.

Is het correct dat het vertraging in het wegwerken van de meerbedkamers deels te verklaren valt uit het feit dat de regering het afgelopen jaar meer prioriteit heeft toegekend aan het wegwerken van de wachtlijsten dan aan de aanpak van de privacyproblematiek? Zo ja, blijft deze prioriteitenstelling ook het komende jaar bestaan?

Deze vraag kan tweemaal met Ja worden beantwoord.

44.

Welke termijn stelt de regering zich ten doel, om het aantal meerbedkamers in verpleegtehuizen tot nul te reduceren? Waarom wordt in de Zorgnota 2003 geen concrete termijn terzake genoemd?

Gelet op het feit dat het kabinet, gegeven de beschikbare financiële middelen, ook prioriteit wil geven aan het terugdringen van de wachtlijsten en de afhankelijkheid die er is van het gedrag van de besturen van de betreffende instellingen, stel ik geen finale termijn om het aantal drie- of meerbedkamers tot nul gereduceerd te hebben. Wel is het beleid erop gericht om binnen de gegeven financiële kaders de renovatie van drie- of meerbedkamers te stimuleren.

45.

Hoe komt het dat er in 2002 geen adviezen zijn afgegeven voor plannen voor renovaties van bestaande gebouwen? Is het juist dat procedures voor nieuwbouw van instellingen veelal sneller worden doorlopen dan renovaties van bestaande gebouwen? Zo ja, wat is hiervan de reden?

Zoals reeds in het Jaarbeeld Zorg is verwoord valt het gegeven dat er bij verpleeghuizen in 2002 geen verklaringen zijn afgegeven voor renovatie van bestaande gebouwen enerzijds te verklaren doordat steeds meer renovatie via de meldingsregeling loopt, waardoor er geen verklaringen behoeven te worden afgegeven. Anderzijds speelt een rol dat er vaker wordt besloten tot vervan-

gende nieuwbouw. Dat heeft niet te maken met een snellere procedure voor nieuwbouw maar met het gegeven dat om redenen van kwaliteit en doelmatigheid vervangende nieuwbouw vaker de voorkeur verdient.

46.

Welke operationele doelstelling stelt de regering zich ten aanzien van het afbouwen van 5 en 6 persoonskamers in verpleeghuizen?

Zie antwoord op vraag 44

47.

Wanneer start de hiv-screening van zwangere vrouwen en de screening op familiale hypercholesterolemie en wat gaat dit dan kosten?

De hiv-screening van zwangere vrouwen zal naar verwachting per 1 januari 2004 starten. In de brief van 11 april 2003 aan de Tweede Kamer heb ik u hierover uitgebreid geïnformeerd. De kosten daarvan worden geraamd op € 3,4 mln per jaar. In 2003 zullen er implementatiekosten zijn. Die worden geraamd op € 0,8 mln.

Sinds 1994 ondersteunt VWS een kleinschalig, experimenteel opsporingsprogramma voor Familiaire Hypercholesterolemie (FH), uitgevoerd met behulp van DNA-diagnostiek door een gespecialiseerde organisatie, de StOEH (Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie). Per 2 april 2003 is het opsporingsprogramma uitgebreid. De capaciteit van het familieonderzoek wordt vergroot van enkele honderden naar 3000 nieuwe gevallen per jaar. Met dit eerste landelijke genetische screeningsprogramma moeten in 2010 alle onbekende mensen boven de 16 jaar op FH gescreend zijn. De jaarlijkse kosten van het opgeschaalde screeningsprogramma worden geraamd op € 1,96 mln.

48.

In 2001 blijkt het percentage jongeren dat veilig vrijt om onduidelijke redenen te zijn gedaald. Wordt er nog onderzocht waarom er sprake was van een daling?

Een mogelijke verklaring is dat de daling tot 57% in 2001 een consequentie is van hoe de gedragssurveillance is opgezet. De surveillance beoogt trends te meten in de loop der tijd. Door de relatief kleine groep waarin gemeten wordt, kunnen variaties optreden. Dit betreffende percentage is gebaseerd op een meting bij 100 jongeren en zou een uitschieter kunnen zijn. In juni vindt de jaarlijkse expertmeeting soa & hiv surveillance plaats. Er wordt dan besproken hoe de gedragssurveillance verbeterd kan worden.

49.

In de laatste twee maanden van 2002 werden 842 inspecties verricht om de Tabakswet en dan met name het reclameverbod te handhaven. Wat was de uitslag van deze inspecties?

Tijdens de 842 inspecties zijn in totaal 118 reclame-uitingen geconstateerd. Dit heeft geresulteerd in 70 schriftelijke waarschuwingen. De reclame-afwijkingen varieerden van "vergeten" reclamevoorwerpen, zoals landkaarten met logo's, lucifersdoosjes met reclame, gebruiksvoorwerpen met tabaksmerknamen tot duidelijker zaken zoals lichtbakken, sigarettenautomaten met reclame en koppelverkoop waarbij gratis aanstekers, luxe bewaarblikken of andere presentjes werden aangeboden bij de verkoop van tabak.

50.

Het totaal aantal gevallen van soa lijkt voor het derde opeenvolgende jaar toe te nemen. Wordt er actie ondernomen naar aanleiding van dit gegeven en zo ja welke acties?

Ja, ik ben bezig nieuw beleid te ontwikkelen en de toename in SOA terug te dringen en daar waar aanwezig adequaat te behandelen. Naast de voortzetting van de 'vrij veilig' campagnes vind ik daarom een actief soa testbeleid van belang. Om dit actief testbeleid tot uitvoering te kunnen brengen zijn, naast de reguliere zorg via onder meer de huisarts, alternatieve drempelvrije voorzieningen nodig. Op verzoek van de toenmalige minister van VWS heeft het CVZ een advies uitgebracht over optimalisering van de alternatieve drempelvrije voorzieningen. In beraad mij momenteel op mijn standpunt hierover.

De werkgroep Actief testbeleid (bestaande uit het Aids Fonds, de Stichting soa-bestrijding, de Schorerstichting, de Hiv Vereniging en de GG&GD Amsterdam) heeft in 2002 een 'programmatische aanpak voor actiever testen en counselen op hiv en andere soa in Nederland' uitgebracht. Ik ondersteun deze aanpak onder meer via een aanwijzing aan ZonMw om de uitvoering en consequenties van dit testbeleid te onderzoeken. Ook zal ik de Stichting soa-bestrijding een subsidie verlenen voor de landelijke implementatie van het testbeleid.

51.

De beoogde uitwerking van het kabinetsstandpunt 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen' blijkt in 2002 nog niet gerealiseerd te zijn. Ook de nota 'Preventiebeleid' is nog niet gerealiseerd. Wanneer worden de bovenstaande activiteiten afgerond?

Bij de aanbieding aan uw Kamer van het samenvattend rapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2002 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft de toenmalige Minister van VWS gemeld, dat de nota 'Preventiebeleid' door het *nieuwe* kabinet zal worden uitgebracht. Naar aanleiding van de schriftelijke vragen over de Begroting 2003 is aan uw Kamer gemeld, dat de uitwerking van het kabinetsstandpunt SEGV meer tijd kost dan aanvankelijk gepland. Tevens is aangegeven dat de uitwerking van het kabinetsstandpunt 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen' (SEGV) plaatsvindt in nauwe samenhang met de voorbereiding van de nota 'Preventiebeleid'. Ik heb inmiddels besloten de uitwerking van het kabinetsstandpunt SEGV geheel en al te integreren in de nota 'Preventiebeleid'. Het is mijn voornemen om de nota 'Preventiebeleid' inclusief het onderdeel SEGV in het najaar 2003 aan uw Kamer aan te bieden.

52.

Het jaarbeeld Zorg geeft weinig inzicht in de opleidingscapaciteit artsen conform de VBTB systematiek. Gaarne een overzicht van de instroom initiële opleiding geneeskunde, instroom huisartsopleiding alsmede instroom in de opleiding voor specialist per specialisme, waarbij in drie kolommen naast elkaar kan worden weergegeven de gewenste instroom volgens het capaciteitsorgaan, de taakstelling van VWS en als laatste de daadwerkelijk gerealiseerde instroom en dit alles voor het jaar 2002.

In maart 2002 adviseerde het Capaciteitsorgaan een instroom geneeskunde van 2.850 plaatsen. In dat jaar heeft de minister van OCenW de instroom op 2.550 gesteld.

Voor huisartsen ziet in 2002 de verhouding tussen het advies van het Capaciteitsorgaan, de doelstelling VWS en de realisatie er als volgt uit:

	Raming CO	Doelstelling VWS	Realisatie 2002
Instroom opl. huisartsen	861	500	466

Voor klinisch specialisten geldt in 2002 het volgende overzicht:

Beroepsgroep	Gerealiseerd	Geraamd (=doelst)
Anaesthesiologie	59	77,9
Cardiologie	73	61,4
Cardio-thoraxale chirurgie	4	8
Dermatologie	23	32,2
Gastro-enterologie	16	14,7
Heelkunde	81	86,1
Inwendige geneeskunde	185	157,1
Keel-Neus-Oorheelkunde	20	37,7
Kindergeneeskunde	88	55
Klinische genetica	9	4
Klinische geriatrie	19	12,3
Longgeneeskunde	28	30,1
Medische microbiologie	17	10,2
Neurochirurgie	4	6
Neurologie	48	64,2
Nucleaire geneeskunde	14	7,8
Oogheelkunde	20	56,6
Orthoepadie	50	38,1
Pathologie	20	27,6
Plastische chirurgie	8	11
Psychiatrie	135	121
Radiologie	53	74,9
Radiotherapie	13	11,9
Reumatologie	13	12,1
Revalidatiegeneeskunde	37	22,3
Urologie	15	23,6
Verloskunde/Gynaecologie	57	40,6
	1109	1104,4

53.

Welke oorzaak ligt ten grondslag aan het feit dat de gewenste toename van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsgeneeskunde in 2002 niet kon worden gerealiseerd?

De groei van het aantal opleidingsplaatsen huisartsgeneeskunde wordt getemperd door het aantal beschikbare huisartsopleiders en het aantal (basis)artsen dat de opleiding wil gaan volgen.

54.

Gesteld wordt dat een basisziekenhuis binnen acceptabele tijd (45 minuten) bereikbaar moet zijn. Neemt de regering met dit criterium nu definitief afstand van de breed aangenomen motie van mevrouw Hermann (Groen Links), alsmede van de toezeggingen van voormalig minister Borst, welke het 45 minuten criterium als een eerste stap zag op weg naar het 30 minuten criterium?

De genoemde 45-minutengrens betreft een bovengrens. Bij eerdere gelegenheden is tevens aangegeven dat het niet de bedoeling is om situaties waarin op dit moment een bereikbaarheid binnen 30 minuten gerealiseerd wordt te laten "verslechteren" tot 45 minuten. Voor een belangrijk deel van Nederland geldt dat bereikbaarheid binnen 30 minuten gerealiseerd wordt, zo bleek uit onderzoek van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.

55.

Er is in 2001 22 miljoen Euro structureel ingezet om de schaalgrootte toeslag (fusiebonus) van ziekenhuizen terug te brengen. In 2003 komt daar nog een 14 miljoen Euro structureel bij. Betekent dit dat met deze 36 miljoen Euro totaal nu de volledige fusiebonus is afgeschaft? Zo nee, gaarne nadere toelichting.

Om de financiële positie van kleinere ziekenhuizen te verbeteren is de toeslag voor schaalgrootte twee keer aangepast. De ondergrens is in twee stappen verhoogd: eerst van 25 naar 44 fte 'gewogen poortspecialisten' en daarna verder tot 62,5 fte 'gewogen poortspecialisten'. Dit betekent dat ziekenhuizen met minder dan 62,5 fte 'gewogen poortspecialisten' nu dezelfde vergoeding krijgen per variabele parameter (opname, verpleegdag, dagverplegingsdag en eerste polikliniekbezoek'. De vergoedingen voor de grotere ziekenhuizen zijn niet verlaagd, de negatieve effecten voor de kleine ziekenhuizen zijn echter sterk verminderd. Door de kleine ziekenhuizen is ook gewezen op de nadelige effecten van de huidige beleidsregel investeringen. De huidige beleidsregel (I-553) stelt de maxima voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in medische en overige inventarissen afhankelijk van het aantal erkende bedden van een ziekenhuis. Deze beleidsregel is niet gewijzigd.

56.

De collocatie van meldkamers, waarbij politie, brandweer en ambulancediensten fysiek in een meldkamer worden ondergebracht, is per 1 januari 2003 in 11 van de 25 regio's voltooid. Wanneer vindt voltooiing plaats in de andere 14 regio's?

Volgens het statusoverzicht meldkamerprojecten regio's van het ministerie van BZK / Directie VIP van 18 december 2002 is de collocatie van de overige 14 meldkamer op de volgende momenten gereed: 1 meldkamer in april 2003, 4 meldkamers in mei 2003, 2 meldkamers in juli 2003, 1 meldkamer in oktober 2003, 1 meldkamer in december 2003, 1 meldkamer in augustus 2004, 1 meldkamer in mei 2005, 1 meldkamer in juni 2005 en van 1 meldkamer is nog geen datum van collocatie bekend.

57.

De precieze financiële consequenties van een goed integraal systeem van mobiele medische teams zijn nog niet aan te geven. In de Zorgnota 2002 zijn hiervoor middelen gereserveerd. Welk bedrag is gereserveerd, en is dit in 2002 tot uitbetaling gekomen? Is in dit bedrag ook inbegrepen de inzet van trauma-helikopters?

Het bedrag wat door het kabinet gereserveerd is, en genoemd wordt in de Zorgnota 2002 bedraagt € 4.538.000,- (F. 10 miljoen gulden). Hierin wordt ook meegenomen de inzet van de traumahelikopters. In 2002 is dit bedrag nog niet tot besteding gekomen.

58.

De beleidsregel Dure geneesmiddelen in ziekenhuisvoorzieningen probeert doelmatig voorschrijven en gebruik door patiënten te bevorderen door maximaal 75 % van de kosten te vergoeden. Is onderzocht of gemeten in hoeverre die maximering daadwerkelijk heeft geleid tot een verantwoord gebruik?

De beleidsregel zal eind 2003 geëvalueerd worden. In de beleidsregel zelf is opgenomen dat deze evaluatie zal plaatsvinden en welke gegevens daarvoor bijgehouden moeten worden. Na

evaluatie kan het beleid voor de periode vanaf 2004 bepaald worden. Voorheen werden de middelen waarop deze regeling betrekking heeft, volledig bekostigd uit de ziekenhuisbudgetten. Omdat deze middelen met hoge kosten gepaard gaan en via de beleidsregel niet volledig vergoed worden, blijft er voor de ziekenhuizen een prikkel bestaan om doelmatig voorschrijven te bevorderen. Uit een inventarisatie van VEKTIS blijkt dat het declarabele percentage landelijk nogal wisselt.

59.

De wijze van bekostiging van ziekenhuiszorg is veranderd om verzekeraars en aanbieders van zorg de ruimte te geven effectiviteit en efficiency te vergroten. Onder bereikte resultaten wordt aangegeven welke wijzigingen in de bekostiging zijn doorgevoerd. Is duidelijk of verzekeraars en instellingen ook daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van de ruimte die hen hierdoor is geboden en zo ja, waaruit blijkt dat?

Het CTG heeft op mijn verzoek nieuwe beleidsregels opgesteld die per 1 januari 2003 van kracht zijn geworden voor alle ziekenhuizen. Het was daarbij mijn doel om de productieafspraken enerzijds specifieker te maken door bijvoorbeeld de toevoeging van een IC parameter en een parameter voor complexe dagopnames en anderzijds ook financieel belangrijker door de variabilisering. Ziekenhuizen krijgen per 1 januari 2003 een groter gedeelte van hun budget op basis van de geleverde productie. Op basis van deze beleidsregels is in de periode tot 1 april 2003 onderhandeld tussen verzekeraars en instellingen over de productieafspraken 2003. De gemaakte afspraken zijn vervolgens ingediend bij het CTG. Er is nog geen landelijk overzicht van de gemaakte afspraken door het CTG bij mij aangeleverd, dus ik kan u nog niet informeren over de uitkomsten hiervan.

Duidelijk is wel dat de beloning voor het leveren van extra productie is vergroot en dat er meer lokale speelruimte beschikbaar is voor het oplossen van knelpunten als gevolg van de verruiming van de lokale productieverboden component. Het is vervolgens aan partijen om deze ruimte te benutten om tot goede afspraken te komen.

60.

Met de inkomensherijking norminkomens vrije beroepen is volgens het CTG in 2002 250 miljoen Euro gemoeid. Vanwege de financiële implicatie is deze voorgenomen beleidsregel niet door de regering goedgekeurd. Zal deze inkomensherijking onderdeel uitmaken van de nog op te stellen begroting voor 2004?

Nee, gelet op de slechte financieel economische situatie in de komende jaren en de noodzaak tot loonmatiging is een algemene inkomensherijking voor de vrije beroepen met 250 miljoen Euro niet opportuun.

61.

Kan een toelichting worden gegeven op de verschillen in uitgaven aan de invoering van DBC's in 2001 en 2002, respectievelijk € 83.63 en € 13.5?

Het verschil in uitgaven waarop in de vraag wordt gedoeld kan worden verklaard doordat de ziekenhuizen in 2001 een eenmalige subsidie hebben ontvangen van circa 77 mln euro ten behoeve van ICT.

62.

Er is voortgang geboekt met de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek in de gehandicaptenzorg, wordt vermeld. Tegelijkertijd wordt vermeld dat die nieuwe bekostigingssystematiek nog niet zal worden ingevoerd omdat het macrokader wordt overschreden door drie beschreven problemen. Hoe kan worden gesproken van voortgang met de invoering van een nieuwe systematiek als tegelijk wordt gesteld dat die niet zal worden ingevoerd? Kan de doelstelling, het bie-

den van ondersteuning en zorg toegesneden op het individu, worden geboden zonder invoering van bekostiging naar zorgzwaarte? Zo ja hoe? Zo nee, hoe wordt de doelstelling anders bereikt?

Invoering van een nieuwe bekostigingsystematiek is een majeure operatie die herallocatie van middelen teweegbrengt en op zorgvuldige wijze dient plaats te vinden. In de gehandicaptensector is de laatste jaren intensief gewerkt aan de ontwikkeling van de vraaggestuurde bekostiging. In 2002 was de systematiek als zodanig klaar om ingevoerd te worden. Na analyse van de transitiegegevens (transitie = de omzetting van de huidige zorg van zittende cliënten in termen van de nieuwe systematiek) bleek echter dat de kwaliteit van de gegevens op een aantal punten nog te wensen overliet.

Er wordt nu stapsgewijs toegewerkt naar verdere invoering van de functiegerichte bekostiging. Gelijktijdige sturing op producten (zoals in de vraaggestuurde bekostiging van de gehandicaptensector gebeurd) en op functies is niet mogelijk. De vraag die open staat is of de tussenstap van invoering van de vraaggestuurde bekostiging voor de gehandicaptensector als overgang naar de functiegerichte bekostiging noodzakelijk dan wel gewenst is. En zo ja, hoe de invlechting van de vraaggestuurde bekostiging in de functiegerichte bekostiging technisch exact kan plaatsvinden. Na langdurig overleg zijn VGN, ZN en VWS overeengekomen dat de besluitvorming over het direct invoeren van de functiegerichte bekostiging, dan wel het tijdelijk invoeren van de vraaggestuurde bekostiging uit te stellen tot september. De belangrijkste reden is dat dan meer zicht zal zijn op de eerste fase van de technische invoering van de functiegerichte bekostiging en hoe de verdere planning er uit zal zien. Indien in september alsnog besloten wordt voor de gehandicaptensector de vraaggestuurde bekostiging tijdelijk in te voeren dan zal deze zo mogelijk gedurende 2004 dan wel met terugwerkende kracht naar 1 januari 2004 worden ingevoerd.

De inspanningen die gemaakt zijn voor invoering van de vraaggestuurde bekostiging zijn daarmee niet verloren. De meerwaarde van de vraaggestuurde bekostiging blijft – ook na invoering van de functiegerichte bekostiging – grotendeels behouden. De producten van de vraaggestuurde bekostiging zijn te vertalen naar functies. Hierdoor bestaat de mogelijkheid om ook na invoering van de functiegerichte bekostiging bijvoorbeeld voor de afspraken tussen aanbieder en cliënt de terminologie van de vraaggestuurde bekostiging te blijven hanteren. De vraaggestuurde bekostiging geeft daarmee in de lokale afspraken invulling aan de meer abstracte functies.

De modernisering van de AWBZ en de vraaggestuurde bekostiging komen qua doelstellingen grotendeels overeen: beide zijn gericht op het vergroten van de mogelijkheden van vraagsturing en het bekostigen naar zorgzwaarte. Het grote verschil zit in de wijze van sturing door de overheid. De modernisering van de AWBZ gaat uit van een sturingsprincipe van de overheid op functies; de vraaggestuurde bekostiging van de gehandicaptensector gaat uit van sturing op producten. Ongeacht of gekozen wordt voor tijdelijke invoering van de vraaggestuurde bekostiging dan wel voor directe invoering van de functiegerichte bekostiging wil ik benadrukken dat de inhoudelijke meerwaarde van de vraaggestuurde bekostiging voor cliënten en aanbieders van zorg behouden blijft.

63.

Wonen en zorg. De doelstelling is mensen met beperking de mogelijkheid te bieden uit diverse woonsituaties te kiezen. Betekent dit dat vooral meer aangepaste zelfstandige woningen en kleine woonvoorzieningen beschikbaar moeten komen gezien het huidige aanbod? Hoe leiden ICT-projecten over de zorginfrastructuur tot meer van keuze mogelijkheid voor mensen met een handicap, als tegelijk duidelijk is dat het nadenken over het verminderen van het tekort aan aangepaste woningen "nog niet heeft geleid" tot concrete oplossingen. Wat zijn op dit moment de problemen die verhinderen dat er meer aangepaste woningen komen? Hoeveel aangepaste woningen zijn nodig? Wordt de doelstelling, bij gebrek aan concrete oplossingen, opgegeven en zo nee, hoe en wanneer denkt u concrete maatregelen te kunnen nemen? Heeft de maatregel Klein-

schalige woonvoorzieningen, die procedures eenvoudiger maakt, geleid tot meer kleinschalige woonvoorzieningen en zo ja hoeveel?

Er zijn inderdaad meer (sterk-) aangepaste zelfstandige woningen en kleine woonvoorzieningen nodig om de keuzemogelijkheden te vergroten. Daarnaast zullen ook hoofdlocaties, waar sterke uitdunning heeft plaatsgevonden weer op voldoende kwaliteit gebracht moeten worden. ICT-projecten zijn bedoeld om zelfstandige woningen voor een bredere doelgroep binnen de gehandicaptenzorg geschikt te kunnen maken. Wij willen graag dat gehandicapten zo 'genormaliseerd' als mogelijk leven en dus ook wonen. Dit heeft ook gevolgen voor de volkshuisvesting. Omdat in die sector minder woningen gerealiseerd worden dan verwacht, blijven ook de aangepaste woningen achter. Het gaat hierbij om een inschatting, aangezien de exacte aantallen op dit moment niet zijn te kwantificeren. De moeilijkheid hierbij is dat oude omgezette en nieuwe huisvesting niet van elkaar zijn te onderscheiden. De instellingswoningen (bedoeld voor cliënten met de indicatie verblijf) vertonen nog wel voldoende groei, dit mede door de al aangehaalde maatregel kleinschalige woonvoorzieningen. De doelstelling wordt niet opgegeven.

Afgeleid uit de huidige wachtlijstgegevens voor wonen en een inschatting van de latente zorg vraag verwachten we dat tot eind 2007 voor ca. 1.750 lichamelijk gehandicapten aangepaste woonruimte benodigd is. Het gaat hierbij om de vraag naar aangepaste woningen en kleinschalige woonvoorzieningen. Voor de verstandelijk gehandicaptensector wordt ingeschat dat tot eind 2007 ca. 6.500 personen aanspraak zullen maken op een aangepaste zelfstandige woning dan wel een kleine woonvoorziening.

64.

Doelstelling is het zoveel mogelijk handhaven van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid door meer optimale keuzemogelijkheden te bieden op het gebied van wonen en zorg. Hoe wordt gemeten of de doelstelling naderbij wordt gebracht. Worden wel eens enquêtes of andere onderzoeken uitgevoerd naar de vraag of mensen zich gedwongen voelen hun zelfstandigheid op te geven terwijl het denkbaar was geweest de zelfstandigheid te handhaven met voldoende ondersteuning?

De doelstellingen op het gebied van wonen en zorg zijn transparant gemaakt in de woonzorgmonitor die samen met het Ministerie van VROM is ontwikkeld. Door middel van deze monitor, die nog niet operationeel is, moet zichtbaar worden of deze doelstellingen worden gehaald (waaronder dus ook de regionale aanpak).

In de rapportage ouderen 2003 van het Sociaal Cultureel Planbureau en de Vrije Universiteit, die naar verwachting eind 2003 gepubliceerd zal worden is het centrale thema wonen en zorg. Een van de vragen in het onderzoek voor deze rapportage is: "wat bepaalt waar ouderen wonen?", onder andere wordt hierin nagegaan wat de belangrijkste determinanten zijn van verhuizing naar een intramurale instelling.

Vragen en antwoorden rapport bij Jaarverslag

1.

Wat is het oordeel van de minister over de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de "niet financiële beleidsinformatie in het jaarverslag nog aan informatiewaarde kan winnen", onder meer door het verbeteren van prestatiegegevens en de dossiervorming?

Ik deel het oordeel van de Algemene Rekenkamer. In verband hiermee wil ik wijzen op de door mijn ministerie gehanteerde systematiek van de Code Indeling Prestatie Indicator (CIPI). Deze codering geeft een indicatie over de betrouwbaarheid van de informatie in een drietal niveau's en is terug te vinden bij de tabellen met prestatiegegevens in het jaarverslag. Op deze wijze wordt transparant gemaakt waar nog verbetering in de kwaliteit van die informatie te realiseren is.

2.

"De Algemene Rekenkamer is van mening dat de gekozen splitsing tussen financiële en niet-financiële informatie, zoals uitgewerkt en vastgelegd in de Rijksbegrotingsvoorschriften 2003, niet bijdraagt aan een goed beeld van de samenhang tussen beleid, prestaties en middelen." Waarom is er gekozen voor deze splitsing als in het kader van de VBTB niet voor zo een splitsing moet worden gekozen? Zal de regering zich voor het volgende jaar wel richten op het verslagleggen volgens de VBTB?

Artikel 58, lid 3 CW 2001 bepaalt dat de financiële informatie op een duidelijk van de niet-financiële informatie te onderscheiden wijze in het jaarverslag wordt gepresenteerd. De wetgever heeft dit onderscheid nodig geacht omdat de accountantsverklaring alleen betrekking heeft op de financiële informatie. Daartoe moet in het jaarverslag zichtbaar worden gemaakt welke informatie als financieel is aan te merken¹ en dus onder de reikwijdte van de accountantsverklaring valt. In de Rbv 2003 is dit nader uitgewerkt door het jaarverslag uit twee te onderscheiden, maar wel samenhangende, onderdelen te laten bestaan, te weten het beleidsverslag en de jaarrekening. De financiële informatie wordt in de jaarrekening opgenomen; de niet-financiële informatie wordt in het beleidsverslag opgenomen. De tabel budgettaire gevolgen van beleid vormt de verbindende schakel tussen de jaarrekening en het beleidsverslag. In ieder beleidsartikel moeten de financiële gevolgen van beleid in de tabel budgettaire gevolgen van beleid worden uitgesplitst naar de operationele doelstellingen binnen dat artikel en de onderliggende instrumenten. De samenhang tussen de www-vragen op artikelniveau wordt daarmee in één oogopslag duidelijk. Het beleidsverslag en de jaarrekening worden in één boekwerk opgenomen en in onderlinge samenhang gepresenteerd. Hiermee wordt op heldere en efficiënte wijze voldaan aan hetgeen in de CW 2001 is bepaald.

De werking van de Rbv 2003 wordt voor wat betreft het jaarverslag-deel deze zomer geëvalueerd aan de hand van de departementale ervaringen, de bevindingen van de Algemene Rekenkamer en opmerkingen ten behoeve van de parlementaire behandeling van de jaarverslagen. Deze evaluatie kan dan weer dienen als inbreng bij het opstellen van de Rbv 2004.

¹ Tot de financiële informatie wordt gerekend (CW 2001, art. 58, lid 2) informatie over verplichtingen, uitgaven, ontvangsten, baten, lasten, kapitaaluitgaven, kapitaalontvangsten en balansposten, zoals deze uit de administratie blijken, en de toelichtingen daarbij.

2

3.

Wat betreft het Agentschap College Beoordeling Geneesmiddelen (CBG) is er een onzekerheid van € 595 000 met betrekking tot de materiële activa. Dit is volgens de Algemene Rekenkamer het gevolg van het ontbreken van een structurele invulling van het Uitvoeringsbeleid Materieel-beheer. Hoe oordeelt de minister hierover? Op welke termijn verwacht de minister deze onzekerheid te hebben opgelost?

Naar aanleiding van het uitvoeringsbesluit Materieel Beheer heeft het agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, na consultatie van de Auditdienst van VWS, in 2002 een besluit genomen omtrent de uitvoering van het materieel beheer en hieraan uitvoering gegeven. In haar Managementletter 2002 heeft de Auditdienst geconcludeerd dat de door het ACBG gekozen invulling niet voldoet. Het agentschap is doende op grond van de bevindingen en aanbevelingen van de Auditdienst structureel invulling te geven aan het materieel beheer en heeft aangegeven eind juli hiermee gereed te zijn.

4.

Met betrekking tot het Agentschap College Beoordeling Geneesmiddelen is er een onzekerheid over de ontvangsten door het ontbreken van de benodigde gegevens van de European Agency for the Evaluation of Medical Products (EMEA). Wat is de mening van de minister hierover? Hoe denkt de minister deze onzekerheid in de toekomst te ondervangen? Zijn hiertoe reeds maatregelen genomen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

De vergoedingssystematiek van de EMEA is niet transparant. Het ACBG heeft inmiddels afspraken gemaakt met de EMEA waardoor in de met EMEA gesloten contracten de hiermee gemoeide bedragen worden opgenomen. Tevens heeft het ACBG actie ondernomen om de overige vergoedingen af te stemmen met de EMEA en worden initiatieven ontplooid om in EMEA-verband te komen tot een standaard vergoedingssystematiek.

5.

De auditdienst van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil zijn werkzaamheden feitelijk tot een minimum beperken. Hoe kan de minister dit toestaan?

De Auditdienst van VWS kiest ervoor de werkzaamheden voor de algemene controle (financieel audit) tot een zodanig minimum te beperken als vaktechnisch verantwoord is en de controle blijft voldoen aan de vereisten die de regelgeving stelt. De financiële controle blijft derhalve van een voldoende niveau. Deze keuze is noodzakelijk om een deel van de capaciteit van de AD te kunnen benutten voor de transitie naar de brede auditfunctie.

De Algemene Rekenkamer heeft vastgesteld dat er geen belangrijke onvolkomenheden zijn in de accountantscontrole en dat deze een voldoende basis vormt voor haar oordeelsvorming.

6.

"De Algemene Rekenkamer wil nog wel wijzen op het belang van het tijdig opstellen van planningsmemoranda en werkinstructies." Heeft u nu reeds maatregelen op dit vlak genomen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Bij de planningsmemoranda en werkinstructies gaat het met name om het periodiek actualiseren van de bestaande controleprogrammatuur. Vanwege de transitie naar de brede auditfunctie is de algemene controle over 2002 later gestart. Daardoor waren ook de planningsmemoranda en werkinstructies later gereed. Dit heeft geen invloed gehad op de inhoud van de controle, noch kwalitatief noch kwantitatief.

De latere beschikbaarheid was wel van belang voor de AR die de documenten nodig heeft om haar werkzaamheden tijdig uit te voeren.

De AD is zich bewust van het belang om tijdig de controleprogrammatuur te actualiseren. Maatregelen zijn derhalve niet nodig.

7.

Conform het verzoek aan de minister van de Algemene Rekenkamer: Welke verbeteringen gaat de minister aanbrengen op het vlak van financieel beheer en op welke termijn zullen deze gerealiseerd zijn?

In 2001 kon het financieel beheer van het departement nog als goed worden gekwalificeerd. Zowel mijn Auditdienst als de Algemene Rekenkamer oordeelt dat het financieel beheer in 2002 nog 'slechts' voldoende was. Geconstateerd is dat de administratie bij een deel van het departement gedurende het jaar onvoldoende inzicht bood en dat er sprake was van het niet of niet tijdig vastleggen in de administratie van aangegane verplichtingen. Dit was het gevolg van het mondeling verlenen van opdrachten, waarbij na een bepaalde periode pas een opdrachtbrief werd verzonden.

Het Audit Committee van mijn departement heeft reeds een aantal besluiten genomen teneinde het financieel beheer in 2003 te verbeteren. Mijn Auditdienst zal een operational audit uitvoeren naar de organisatie van het subsidiebeheer binnen het departement. Mijn directie Financieel-economische Zaken heeft directies verzocht verbeterplannen voor het financieel beheer op te stellen. Ter ondersteuning van dit proces is per directie een lijst met verbeterpunten opgesteld. Tot slot zal mijn directie Financieel-economische Zaken ook een draaiboek financieel beheer opstellen, teneinde het proces door het jaar heen te kunnen volgen en meer continuïteit in de bewaking van het proces te brengen.

Naast de directie Curatieve Zorg speelt de problematiek ook bij de directie Preventie en Openbare Gezondheidszorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De directie Preventie en Openbare Gezondheidszorg heeft in 2002 een gerichte actie opgezet om het beheer van de verschillende geldstromen te verbeteren. In 2003 zal deze verbeteringsactie worden voortgezet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aangegeven met mijn directie Financieel-economische Zaken en mijn Auditdienst te zullen overleggen om onregelmatigheden in de toekomst te voorkomen.

8.

Kan de minister aangeven waarom er geen adviesbrieven van de auditdienst zijn uitgebracht in 2002? Wat denkt de minister aan deze onvolkomenheid te gaan doen? Welke maatregelen zijn genomen om in de toekomst wel deze adviesbrieven te laten schrijven? Zijn er maatregelen genomen om deze ontbrekende informatie van de auditdienst te compenseren?

De transitie van accountantsdienst naar een auditdienst met een brede functie heeft in 2002 een groot beslag gelegd op de capaciteit van de Auditdienst. Het opstellen van omgevingsanalyses, als eerste fase van de vernieuwde interdepartementaal ontwikkelde controleaanpak, is gecompliceerd en arbeidsintensief.

De AD heeft met deze initiële werkzaamheden wel een bijdrage kunnen leveren aan de monitor financieel beheer ten behoeve van het Audit Committee, al was deze bijdrage minder zichtbaar dan in voorgaande jaren.

In 2002 zijn adviesbrieven uitgebracht voor de Keuringsdienst van Waren en voor het RIVM. De adviesbrief is niet de enige vorm waarin de AD het management ondersteunt bij het financieel en materieel beheer. De AD geeft ook signalen en adviezen tijdens het dynamische controleproces in de vorm van memoranda en mondelinge rapportages.

In 2003 werkt de AD mee aan de monitor financieel beheer die door de directie FEZ wordt uitgevoerd. Voorts is in overleg met het Audit Committee afgesproken het instrument adviesbrief,

als product van een uitgevoerde interimcontrole, gericht in te zetten bij die onderdelen van VWS waar daartoe aanleiding bestaat. (bijvoorbeeld bij onvoldoende financieel beheer)

9.

Is de minister van mening dat het ontbreken van volledig actuele AO-beschrijvingen op directieniveau in de toekomst moet worden voorkomen? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? Welke maatregelen worden hiertoe genomen? Op welke termijn?

AO-beschrijvingen op directieniveau dienen vanzelfsprekend zo actueel mogelijk te zijn, omdat ze de basis vormen voor een goed financieel beheer. In de beantwoording van vraag 7 zijn reeds de verbeterplannen financieel beheer genoemd. Hiervan maakt de actualisering van de directiespecifieke AO onderdeel uit, indien aan de orde.

10.

Heeft u maatregelen genomen om in de toekomst te voorkomen dat door het geschuif in budgetten er wederom onvoldoende inzicht wordt geboden en verplichtingen te laat worden geboekt en facturen te laat betaald worden? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Zie antwoord bij vraag 7.

11.

"Vooral bij de directie Curatieve Zorg heeft zich een aantal onregelmatigheden voorgedaan." Welke onregelmatigheden zijn dit? Welke maatregelen zijn genomen om deze onregelmatigheden in de toekomst te voorkomen? Op welke termijn?

Zie antwoord bij vraag 7.

12.

"Vooral bij de directie Curatieve Zorg heeft zich een aantal onregelmatigheden voorgedaan." Om welke andere directie(s) gaat het hier impliciet ook? Zijn er maatregelen genomen tegen deze directie(s)? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Zie antwoord bij vraag 7.

13.

Het garantiebeheer is volgens de Algemene Rekenkamer onvoldoende geweest (gegevens zijn niet tijdig en onvolledig aangeleverd, procedures voor administratieve verwerking zijn onvoldoende nageleefd). Op welke manier denkt de minister op elk van de tussen haakjes genoemde punten verbeteringen aan te brengen? Op welke termijn?

Ten aanzien van het financieel beheer constateert de Rekenkamer dat het garantiebeheer, voor met name de gehandicaptenvoorzieningen, gedurende het jaar onvoldoende is geweest. Dit was het gevolg van het onvoldoende naleven van de procedures voor administratieve verwerking.

Op initiatief van mijn Auditdienst is besloten om aanvullende controlewerkzaamheden uit te voeren om de juistheid van de garantiestaat te kunnen garanderen. Nagegaan zal worden welke directie binnen mijn departement het beste toegerust is om het garantiebeheer uit te voeren. De juistheid van de garantiestaat is bereikt door aanvullende (controle)werkzaamheden van FPB en de auditdienst. Op wiens initiatief is dit geschied? Welke maatregelen gaat de minister nemen om in de toekomst te voorkomen dat aanvullende werkzaamheden in de toekomst nodig zijn?

14.

Welke maatregelen neemt u om in de toekomst het materieelbeheer van het kerndepartement en van de budgethouders op orde te krijgen? Waarom zijn hiertoe niet eerder activiteiten ondernomen?

Mijn Auditdienst heeft vastgesteld dat het departement in 2002 onvoldoende invulling heeft gegeven aan het Uitvoeringsbesluit Materieelbeheer VWS. Er is nog geen sluitende centrale registratie van de roerende zaken en de interne regelgeving bevat nog onduidelijkheden. Het Audit Committee van mijn departement heeft reeds een aantal besluiten genomen teneinde het materieel beheer in 2003 te verbeteren. Er wordt een verbeterplan opgesteld, waarbij de taakverdeling tussen de Facilitaire Dienst en de decentrale budgethouders verhelderd zal worden.

15.

Bij beleidsvoorbereiding wordt doorgaans de auditdienst ingeschakeld om een oordeel te geven over de controleerbaarheid van (nieuwe) wet- en regelgeving. Waarom wordt de auditdienst niet altijd ingezet? Is de minister van mening dat problemen op het gebied van controleerbaarheid worden voorkomen door de auditdienst vanaf het begin al in te schakelen? Zo ja, waarom gebeurt dit dan niet in alle gevallen?

Het is departementaal beleid dat de Auditdienst wordt betrokken bij de ontwikkeling van nieuwe regelgeving. In een vroeg stadium kan dan worden vastgesteld of de regelgeving in voldoende controleerbaar is en het beleid ter voorkoming van misbruik en oneigenlijk gebruik van subsidiegelden afdoende gestalte heeft gekregen.

Gebleken is dat dit beleid niet bij iedereen bekend was, waardoor de Auditdienst in een enkel geval (te) laat werd ingeschakeld.

16.

Is, naar de mening van de minister, nu de nieuwe Wet op de Jeugdzorg er weldra is, er geen mogelijkheid meer dat er onzekerheid zal zijn over de volledigheid van de ontvangen ouderbijdragen? Zo niet, wat gaat de minister doen om deze onzekerheid alsnog te ondervangen? Op welke termijn?

In de huidige situatie kan niet met zekerheid worden vastgesteld dat iedereen die in aanmerking komt voor het betalen van een ouderbijdrage bij het LBIO aangemeld wordt.

Met de nieuwe Wet op de Jeugdzorg wordt het Bureau Jeugdzorg (BJZ) het centrale registratiepunt en zal het BJZ verantwoordelijk zijn voor de melding aan het LBIO. Door middel van deze constructie kan gecontroleerd worden of het aantal meldingen volledig is en verdwijnt derhalve de onzekerheid over de volledigheid van de ontvangen ouderbijdragen.

17.

Op welke manier en op welke termijn gaat de minister de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer met betrekking tot het naleven van inkoopprocedures, dossiervorming en opzet en onderhoud van een volledig contractenregister verwezenlijken? Gaat de minister de aanbeveling ook de werking van de inkoopprocedures bij de niet-departementsdelen onder de loep te nemen, overnemen? Gaat hij hierin maatregelen nemen opdat ook hier een goede procedure komt? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?

Eind 2002 heeft de Algemene Rekenkamer een rijksbreed onderzoek naar het contractbeheer gehouden. De Rekenkamer constateert dat het contractbeheer van het kernministerie in de volmachtregeling en de administratieve organisatie op een goede wijze is vastgelegd. De Rekenkamer merkt op dat de werking van de inkoopprocedures voor verbetering vatbaar is. Een volledig contractregister ontbreekt en er is geen goede dossiervorming.

Ik ben evenals de Algemene Rekenkamer van mening dat de werking van de inkoopprocedure voor verbetering vatbaar is. Mede naar aanleiding van aanbevelingen van mijn Auditdienst, heb ik besloten tot het instellen van een Bureau inhuur externen, onder directe verantwoordelijkheid van de directeur FEZ. Dit bureau moet, naast een doelmatige besteding van middelen, zorgdragen voor kwaliteitsverbetering op het terrein van de inhuur van externen. Elk van de actoren in het inkoopproces blijft verantwoordelijk voor de eigen taak. Het Bureau zal een ondersteunende en monitorende rol krijgen bij de inhuur van externen.

Vragen Jaarverslag

1.

Kan een indicatie worden gegeven van welke financiële en beleidsmatige inzichten het project met DBC's in de 20 koploperinstituten heeft opgeleverd (er zijn voortgangsrapportages, maar die blijven te onspecifiek, ook in financiële zin.)?

De projectorganisatie DBC 2003 (van CGEY) is bezig met het realiseren van een solide product-structuur voor de DBCs. Voor het vaststellen van de eerste generatie DBCs of groepen van DBCs zijn gegevens over DBCs en verrichtingen van een kwalitatief voldoende niveau noodzakelijk. Daarbij is de projectorganisatie afhankelijk van 39 koploperziekenhuizen (m.i.v. 2003 beperkt tot 24 zogeheten referentieziekenhuizen). Deze ziekenhuizen dienen correcte en volledige data aan te leveren. Dit betekent bijvoorbeeld dat de medisch specialisten de zorgtrajecten van hun patiënten typeren conform de instructies van de Wetenschappelijke Verenigingen, de registratie van medische verrichtingen volledig is en dat het kostprijsmodel juist wordt toegepast. De afgelopen twee jaar zijn de criteria steeds verder uitgewerkt om de kwaliteit van de DBC-datasets inzichtelijk te maken. Tot en met 2002 zijn vijf analyserondes gehouden, waarbij de kwaliteit van de aangeleverde data toenam. Gebleken is dat circa 20% van de DBCs circa 80% van de kosten van ziekenhuizen verklaren. Met de DBC-systematiek wordt veel meer transparantie verkregen over het zorgproces in ziekenhuizen.

2.

Waarom worden Rijksjaarverslag (VWS) en het Jaarbeeld Zorg niet geïntegreerd opdat een samenhangend beeld ontstaat?

Er vindt momenteel een verkenning plaats naar de integratie van de begroting en de Zorgnota. Deze verkenning is in een afrondende fase. Het voornemen is de Zorgnota in de begroting 2004 te integreren. Dit leidt tot een nieuwe artikelindeling in de begroting 2004 en een samenhangende presentatie van het VWS-beleid. U zult hierover binnenkort worden geïnformeerd. Voorts is de inzet om in lijn met de (geïntegreerde) begroting 2004 het jaarverslag over dit begrotingsjaar te integreren met het Jaarbeeld Zorg.

3.

Wat is de reden van het feit dat het Jaarverslag nog weinig prestatiegegevens omvat die duidelijk maken in hoeverre is bereikt wat was voorgenomen? Hoe kwalificeert u deze tekortkoming?

Het jaarverslag 2002 is een afspiegeling van de begroting 2002. De prestatiegegevens die in de begroting 2002 zijn opgenomen zijn ook in het jaarverslag 2002 verwerkt zodat een vergelijking mogelijk wordt. Hoewel de begroting 2002 in termen van prestatiegegevens is verbeterd t.o.v. de begroting 2001 (de begroting 2002 was de eerste VBTB-begroting) is een verdere verbetering nodig. Dit blijkt o.a. uit de begroting 2003. De inzet is om ook de begroting 2004 verder te verbeteren op het gebied van VBTB. Logischerwijs worden dan ook in de desbetreffende jaarverslagen meer prestatiecijfers opgenomen.

4.

Op welke punten in het jaarverslag kwalitatief duidelijk beter dan de voorgaande editie?

Hoewel het jaarverslag 2001 al zoveel mogelijk volgens het VBTB-gedachtegoed is opgesteld heeft er in het jaarverslag 2002 een verdere verbetering plaatsgevonden. De belangrijkste verbeteringen betreffen:

- in de beleidsagenda wordt meer nadrukkelijk ingegaan op de realisatie van de beleidsprioriteiten, de budgettaire consequenties en de beleidsmatige conclusies die daaruit kunnen worden getrokken,
- de structuur van de artikelen: deze is opgebouwd langs de lijn van operationele doelstellingen, de inzet van de instrumenten en vervolgens de budgettaire gevolgen van beleid

(koppeling van het budget aan de operationele doelstellingen). Het jaarverslag is daardoor beter leesbaar en beter te vergelijken met de begroting 2002

- het aantal prestatiegegevens is licht toegenomen waardoor beter inzicht ontstaat in de geleverde prestaties.

5.

Hoe gaat de regering het VBTB-gehalte van het Jaarverslag verder verbeteren?

Een verbetering van het VBTB-gehalte in het Jaarverslag begint in de begroting van het betreffende jaar. Daarop wordt als eerste ingezet. Verbeteringen in de begroting leiden vervolgens tot verbeteringen in het jaarverslag. Het voornemen is de begroting en de Zorgnota te integreren. Dit traject is bijna afgerond. Hierover wordt u binnenkort geïnformeerd. De begroting 2004 zal het eerste document zijn waarin de Zorgnota in de begroting is geïntegreerd. In het proces van de integratie van de begroting en Zorgnota is ook gebruikt om een verdere VBTB-verbetering te realiseren. Daarbij wordt vooral ingezet op het opnemen van meer en (meer) adequate effect- en prestatie-indicatoren en een concrete VBTB-paragraaf. Dit zal vervolgens ook leiden tot een verbetering van het VBTB-gehalte van het Jaarverslag. Naast verbetering in de begroting zal ook het VBTB-gedachtegoed worden toegepast in nieuw te starten beleidsprogramma's/-processen en worden beleidsdirecties begeleid bij het toepassen van VBTB op concrete beleidsdossiers.

6.

Kan een overzicht worden gegeven van alle verleende subsidies, de doelstellingen die daaraan zijn gekoppeld, alsmede de mate waarin de doelstellingen zijn bereikt? Wat doet de regering om inzicht te krijgen in de mate van doelbereiking ten aanzien van subsidieverstrekking? Acht de regering dit voldoende? Zo niet, wat gaat de regering doen om het subsidiebeheer verder op orde te krijgen?

Op dit moment kan het gevraagde overzicht niet worden gegeven, omdat VWS een zeer groot aantal structurele en incidentele subsidies verstrekt. Overigens is reeds een traject in gang gezet waarbij de structurele subsidierelaties die VWS onderhoudt worden heroverwogen en gestroomlijnd.

Voor het inzicht in de mate van doelbereiking van beleid en dus ook van subsidieverstrekking, wordt binnen het ministerie van VWS de regeling prestatiegegevens en evaluatieonderzoek gehanteerd. Ik ben van mening dat een verdere verbetering van het inzicht in de mate van doelbereiking mogelijk is. Het hierboven genoemde traject heeft mede als doel om een subsidiebeleid te formuleren dat beter aansluit bij het VBTB-gedachtegoed, waarbij de subsidieverlening zo doeltreffend en doelmatig mogelijk is. Daarnaast worden maatregelen ontwikkeld die het subsidieproces gestroomlijnder laten verlopen. De eerste resultaten worden in het najaar 2003 verwacht.

7.

In hoeverre is de daling van de wachtlijsten het gevolg van het gevoerde beleid?

Sinds de start van de wachtlijstaanpak in mei 2000 is in alle sectoren extra zorg geleverd in het kader van de wachtlijstaanpak. Op basis van het 'boter bij de vis'-principe zijn extra financiële middelen beschikbaar gesteld om de wachtlijstaanpak mogelijk te maken. Hierdoor konden zorgaanbieders de met de zorgkantoren gemaakte productieafspraken ook realiseren en zijn de wachtlijsten in alle sectoren gereduceerd.

Het feit dat deze extra productie slechts een lichte daling in de wachtlijsten en wachttijden heeft veroorzaakt, kan worden verklaard uit het manifest worden van een latente vraag. De aanwezigheid van wachtlijsten kan mensen er toe brengen hun zorgvraag uit te stellen of van zorg af te zien. Nu de beschikbaarheid van zorg toeneemt, stijgt de vraag naar zorg navenant.

De wachtlijstaanpak is eveneens gekoppeld aan zorgvernieuwing en arbeidsmarktbeleid. Ook is geïnvesteerd in opleidingen. Dank zij het wachtlijsten/tijden-beleid is uitbreiding van productie en

de financiering daarvan hand in hand gegaan met het verbeteren van de doelmatigheid van zorgprocessen.

8.

Hoeveel fte's aan beleidsambtenaren had het ministerie op 1 januari 2002 en op 1 januari 2003? Hoeveel fte's aan beleidsambtenaren wil de minister laten afvloeien in 2003, 2004, 2005, 2006 en 2007?

Het aantal fte aan beleidsambtenaren op 1 januari 2002 bedroeg 681. Per 1 januari 2003 bedroeg dit aantal 736 fte.

De gevolgen van Balkenende I zijn in kaart gebracht en intern toebedeeld aan de directies en diensten. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen de volume- en efficiencytaakstelling. Het aangeven van het aantal fte's aan beleidsambtenaren, dat moet afvloeien in de periode 2003-2007, is echter nog prematuur temeer daar de opgelegde taakstelling uit het Regeerakkoord Balkenende II momenteel nog onderwerp van gesprek is binnen het departement.

De na de zomer op te stellen directiejaarplannen zullen een beter inzicht geven wat de consequenties zijn voor het aantal beleidsambtenaren, dat af zal moeten vloeien als gevolg van Balkenende I en II.

9.

Op welke wijze is de achterstand aan inning Eigenbijdrage AWBZ voor met name de thuiszorg verwerkt in de ontvangsten?

In de ontvangsten 2002 is nog geen realisatiecijfer voor de eigen betalingen awbz opgenomen. De raming voor deze eigen betalingen is wel aangepast voor het verwachte verschil tussen de opgelegde en de geïnde eigen betalingen. Dit verschil is nog niet aan de sectoren toegedeeld, maar voorlopig op de zogeheten aanvullende post geplaatst.

10.

Wat was de doelstelling ten aanzien van het aantal wachtenden in 2002? Heeft de daling van 15.000 wachtenden geleid tot het behalen van deze doelstelling? Wat heeft de daling van 15.000 wachtenden gekost?

Het aantal wachtenden op zorg is (zeker voor de patiënt) minder relevant dan de wachttijd voor zorg. Een (lange) wachtlijst op zich is niet problematisch als de tijd die een patiënt moet wachten aanvaardbaar is. De overheid heeft op het punt van aanvaardbare wachttijden geen expliciete normen gesteld, maar in de regelgeving wel vastgelegd dat de wachttijden redelijk en billijk moet zijn. Door zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn de zgn. Treeknormen geformuleerd, als zijnde de streefnormen waarbinnen verzekerden de zorg (waarop zij recht hebben) dienen te krijgen. Genoemden hebben deze normen gebaseerd op wat medisch en - in hun opinie - maatschappelijk aanvaardbaar is. Uit mijn antwoord op vraag 15 bij het Jaarbeeld Zorg 2002 blijkt dat het landelijk gemiddelde inmiddels lager is dan de Treeknormen (7 weken wachttijd voor klinische behandeling).

In tabel 4 op blz. 22 van het Jaarbeeld Zorg is opgenomen dat in de periode 1999 t/m 2002 € 1,1 mrd is gerealiseerd voor de aanpak van wachtlijsten/tijden in de curatieve zorg.

11.

Wat was de doelstelling ten aanzien van het aantal mensen dat wacht op verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg? Is met de daling van 15% deze doelstelling gehaald? Hoeveel geld heeft deze daling van 15% gekost? Wat kost het wegwerken van alle wachtlijsten in de AWBZ?

- 1) De doelstelling is het aantal wachtenden eind 2003 ten minste 20% lager ligt dan tijdens de peiling van 1 oktober 2001 (zie zorgnota 2003, p. 111). Deze doelstelling betekent omgerekend grofweg dat de wachtlijsten op 1 november 2002 met 10 % moeten zijn gedaald.

2) Tijdens de peiling op 1 november 2002 is gebleken dat het aantal wachtenden tussen 1 oktober 2001 en 1 november 2002 is gedaald van 87.276 naar 74.382. Dit betekent een daling van 15% en daarmee is de doelstelling ruimschoots gehaald.

3) Hoeveel de daling van 15% van het aantal wachtenden tussen 1 oktober en 1 november gekost heeft, is niet exact aan te geven.

Wel is aan te geven wat er aan extra middelen in de jaren 2001 en 2002 voor wachtlijsten is uitgegeven ten opzichte van het jaar 1998. In de jaren 2001 en 2002 gaat dit respectievelijk om € 835,3 mln. en € 1510,9 mln. (Zie tabel 4, pagina 22 Jaarbeeld Zorg 2002) kan niet worden aangegeven wat het wegwerken van alle wachtlijsten in de AWBZ kost. Enerzijds omdat altijd met frictie moet worden rekeninggehouden, anderzijds vanwege de latente vraag en mogelijke knelpunten op de arbeidsmarkt. Het CPB heeft een raming van vraagontwikkeling gemaakt. Ook is een raming gemaakt in het ambtelijke rapport Financiële Bouwstenen.

12.

Hoeveel meer productie is in 2002 in de AWBZ-sector geleverd ten opzichte van de jaren daarvoor? Hoe wordt deze extra <<productie>> gemeten?

Verpleging en verzorging

Binnen de sector verpleging en verzorging wordt de productie in de AWBZ gemeten in dagen, uren of plaatsen. In de verpleging en verzorging zijn de resultaten op basis van de meest recente voorlopige realisatiegegevens voor het jaar 2002 van het CTG:

- 182.000 dagen intramurale verpleeghuiszorg en 52.000 dagen dagbehandeling meer dan in 2001
- 60.000 dagen intramurale verzorgingshuiszorg, 165.000 dagen dagverzorging en 121.000 dagen kortdurend verblijf meer dan in 2001
- ongeveer evenveel verpleeghuiszorg buiten de muren als in 2001
- 1.421.000 uur verzorging, 199.000 uur verpleging en 348.000 uur begeleiding meer door het verzorgingshuis buiten de muren meer dan in 2001
- 7.2 mln uur meer thuiszorg dan in 2001
- Uit SVB cijfers blijkt dat het aantal pgb's is gestegen met 7.700 in 2002. (tabel 19 blz 36 Jaarbeeld Zorg 2002)

Gehandicaptenzorg

Sinds de start van de wachtlijstaanpak in mei 2000 is aan ruim 29.000 mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking extra zorg aangeboden (zie Jaarbeeld Zorg 2003).

Tabel Extra geholpen mensen gehandicaptenzorg in kader van de wachtlijstaanpak

	Extra 2000	Extra 2001	Extra 2002	Totaal Extra mensen
<i>Verstandelijk gehandicapten</i>	6243	10059	12888	29190
<i>Lichamelijk gehandicapten</i>	421	758	1397	2576
Totaalbeeld	6664	10817	14285	31766

Bronnen: Uit Jaarbeeld Zorg 2003 (gebaseerd op gegevens CTG, SVB en ministerie VWS).

De extra productie wordt gemeten in extra geholpen cliënten met een persoonsvolgend budget (PVB, uit CTG-rapportage), met persoonsgebonden budgetten (PGB, uit rapportages Sociale VerzekeringsBank), extra plaatsen door middel van bouw (voornamelijk TVWMD, bijgehouden door VWS) en voor de verstandelijk gehandicapten nog specifiek de SGLVG-toeslagen (geregistreerd door VWS en CvZ).

Geestelijke gezondheidszorg

De cijfers omtrent de daadwerkelijk geleverde productie in 2002 zijn nog niet van het CTG ontvangen. In tabel 27 op blz. 41 van het Jaarbeeld Zorg zijn schattingen van de productiegegevens voor de GGZ zijn opgenomen.

13.

Kan de regering aangeven hoe de vraag naar zorg zich in de AWBZ-sector op basis van het vigerend beleid ontwikkelt?

Verpleging en verzorging

De vraag naar zorg in de sector verpleging en verzorging wordt voor een groot deel bepaald door de demografische ontwikkeling. Daarnaast speelt veranderingen in het medisch kunnen ook een rol. Naast de in het kader van de AWBZ concreet tot uitdrukking komende zorgvraag is er een latente vraag naar zorg die om deze of gene reden niet wordt omgezet in een geuite vraag. Door het beleid, gericht op het terugdringen van wachtlijsten, komt meer zorgcapaciteit tot stand en dalen de wachttijden. Dat leidt er toe dat de afgelopen periode een deel van de latente vraag wordt omgezet in een concrete zorgvraag in het kader van de AWBZ. Daarbij speelt ook een rol dat de vergroting van de keuze mogelijkheden (PGB, meer mogelijkheden tot extramurale zorgverlening) de beslissing om tot een formele zorgvraag over te gaan beïnvloed.

Gehandicaptenzorg

Binnen de gehandicaptensector is sprake van het manifest worden van een latente vraag naar zorg. Deze wordt onder andere veroorzaakt door een aanzuigende werking van vooral jeugdige zorgvragers (tot 20 jaar). Meer kennis van de mogelijkheden van AWBZ-zorg en de *perceptie van meer kans op zorg* bij ouders en intermediairen (belangen- en ouderorganisaties), maar ook een *veranderende maatschappij* (individualisering, 2-verdienergezinnen) spelen hierbij een rol. Eveneens treedt aanzuigende werking op door de *verbreding van het zorgaanbod*. Zo zijn de laagdrempelige productcategorieën van zorg, zoals ambulante zorg en kort verblijf, aantrekkelijker geworden.

Eveneens blijkt bij interpretatie van de wachtlijstgegevens dat een gedeelte van de instroom voor een hernieuwde zorgvraag op de wachtlijst belandt. Deze hernieuwde zorgvraag heeft te maken met of een nieuwe of een andere of een verzwaring van de zorgvraag van reeds in het zorgregistratiesysteem (ZRS) bekende cliënten.

De verwachting is dat deze factoren er ook in de komende jaren nog, naast de demografische groei, de instroom in de zorg zullen bepalen. De verwachte nieuwe instroom tot en met 2007 wordt geschat op ca. 13000 verstandelijk gehandicapten en ca. 5000 lichamelijk gehandicapten. 10% van de gehandicapten komt niet in zorg. Voor het aantal verstandelijk gehandicapten is de resultante van de cliënten in zorg of op de wachtlijst en het totaal aantal verstandelijk gehandicapten in Nederland (inclusief demografie). Voor de lichamelijk gehandicapten is dit een schatting. Daarnaast wordt verwacht dat jaarlijks door ca. 5000 verstandelijk gehandicapte cliënten in de gehandicaptenzorg herhalingsvraag (vervolgindicatie) zal worden geuit en door ca. 1000 lichamelijk gehandicapten.

Geestelijke gezondheidszorg

De feitelijke behoefte aan GGZ-zorg is over de jaren heen relatief constant: uit onderzoek blijkt dat jaarlijks zo'n drie miljoen Nederlanders een psychische stoornis krijgen. Slechts een minderheid van die mensen gaat actief op zoek naar hulp.

Jaarlijks kloppen zo'n 800.000 mensen aan bij de eerstelijns (de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijnspsycholoog'). Zo'n 500.000 mensen komen jaarlijks (al dan niet via de eerstelijns) in zorg bij de gespecialiseerde tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Negen op de tien van deze mensen herstelt na een kortere of langere behandeling van de GGZ.

Voor diegenen die geen hulp zoeken bij een psychische stoornis (jaarlijks ruim twee miljoen Nederlanders) geldt veelal dat de psychische stoornis vanzelf of met hulp van familie of vrienden geneest. Bij een klein deel van de mensen die geen hulp vragen verergert de problematiek, maar desondanks zoeken zij geen hulp (omdat zij niet (h)erkennen dat zij ziek zijn of omdat zij geen hulp wensen).

Het beleid voor de GGZ is er op gericht om de zorg zo vraaggericht mogelijk te bieden en de zorg zo doelmatig mogelijk te geven. Tot voor kort gold daarbij voor de GGZ een maximum van

het macrobudget, waarmee het aantal te helpen personen in de praktijk begrensd was. Per 1 januari jl is dit budgetmaximum voor de GGZ opgeheven en geldt ook in de GGZ een 'boter bij de vis' principe, zodat alle verzekeringsaanspraken kunnen worden gehonoreerd. Tot nu toe heeft dit geleid tot een stijging van de gehonoreerde productieafspraken met 5% in 2003.

14.

Waaruit bestaat de vraag naar zorg in de gehandicaptensector?

De vraag in de gehandicaptenzorg wordt op dit moment geregistreerd in zorgproducten. Deze zijn onder te verdelen in de categorieën:

- Onderzoek en advies; diverse soorten onderzoek en advies.
- Begeleiding cliënt; zoals begeleiding zelfstandig wonen, praktische hulp in de thuissituatie, en opvoedkundige begeleiding en begeleiding van vragen over de eigen handicap.
- Begeleiding ouders/gezin; praktische hulp in de thuissituatie, en opvoedkundige begeleiding en begeleiding van vragen rond ouder zijn van een gehandicapt kind.
- Behandeling en therapie; waaronder verschillende vormen van behandeling.
- Dagbesteding; het gaat hier oa. om eenvoudige of ontwikkelingsgerichte of vormende of arbeidsmatige activiteiten.
- Wonen; zoals beschut wonen, begeleid wonen, zelfstandig wonen en verpleging en verzorging
- Kortverblijf; voornamelijk logeeropvang, maar ook crises opvang.
- Behandeling met verblijf; het gaat hierbij om de combinaties van de verschillende behandelvormen met verblijf en ook crisesopvang.

Daarnaast wordt naast de producten begeleiding cliënt en ouders/gezin ook hulpvraagverduidelijking gevraagd aan SPD.

Na de indicatiestelling voor één of meerdere van deze producten krijgt de cliënt de keuze om de geïndiceerde zorg in natura of via een PGB te genieten.

Met de invoering van de gemoderniseerde AWBZ zal bovenstaande indeling veranderen en een functiegerichte uitwerking krijgen.

15.

Wat waren de doelstellingen ten aanzien van het terugdringen van de wachtlijsten in de gehandicaptensector? Zijn deze doelstellingen gehaald? Wat heeft dit gekost?

De doelstelling aangaande de wachtlijsten is het de Zorgnota 2002 geformuleerd als het terugdringen van de omvang van de wachtlijsten tot een aanvaardbaar niveau. De extra productie (31.000 extra gerealiseerde zorgvragen) die er sinds de start van de wachtlijstaanpak geleverd is heeft bijgedragen aan het bereiken van deze doelstelling. Echter door deze extra geleverde productie en het initiëren van nieuwe en vernieuwende zorgvormen gericht op een verbeterde participatie van de gehandicapte in de maatschappij, is er een aanzuigende werking binnen de gehandicaptenzorg opgetreden. Hierdoor is de wachtlijst over 2002 weer toegenomen, zoals te lezen is in het Jaarbeeld Zorg. Wel is de mediane wachttijd binnen de gehandicaptenzorg voor de langdurige zorgvormen korter geworden (zie tabel 11 JBZ).

Een specificatie van de uitgaven die voor de wachtlijstaanpak binnen de gehandicaptenzorg vanaf 2000 zijn gemaakt zijn weergegeven in tabel 16 van het Jaarbeeld Zorg.

16.

Is de vraag naar zorg in de gehandicaptenzorg alleen het gevolg van nieuwe vormen van zorg, verbeterde registratie en indicatiestelling, of is deze vraag, en zo ja, voor hoeveel, ingegeven door stijging in het aantal gehandicapten?

De extra vraag naar zorg in de gehandicaptensector wordt toegeschreven aan een aantal oorzaken. Zo is dit deels te toe te schrijven aan een Registratie-effect, voornamelijk voor de categorie

ambulante zorgvormen, zoals onderzoek en advies, die voorheen niet geregistreerd werden. Vervolgens is er ook een betere registratie van deze indicaties. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat de wachtlijstaanpak en het beschikbaar komen van een gediversifieerd zorgaanbod heeft geleid tot een aanzuigende werking van vooral jeugdige zorgvragers (tot 20 jaar). Eveneens blijkt bij interpretatie van de wachtlijstgegevens dat een gedeelte van de instroom voor een hernieuwde zorgvraag (vervolgindicatie) op de wachtlijst belandt. Uit onderzoek blijkt dat 30% van de instroom hernieuwde zorgvraag betreft.

Om de exacte omvang en achtergrond van de toename van het aantal zorgvragers te achterhalen en te kwantificeren wordt op dit moment een traject gestart waarbij de huidige data in het zorgregistratiebestand wordt geanalyseerd en het bestand tevens wordt opgeschoond.

De instroom door de demografie is niet direct terug te lezen in de wachtlijst en instroomcijfers. In het 'kosten van ziekten in Nederland; kostenverkenning 2003-2006' onderzoek van het RIVM (www.kostenvanziekten.nl) wordt de groei van de gehandicaptenpopulatie op 0,6% gezet op basis van de demografie. Hiervan is 0,4% door de groei van de omvang van de bevolking en 0,2% wordt toegeschreven aan de veranderende samenstelling van de bevolking.

17.

Hoeveel extra productie is in de gehandicaptenzorg geleverd? Hoe wordt deze extra productie gemeten?

Tabel Extra geholpen mensen in kader van de wachtlijstaanpak

	Extra 2000	Extra 2001	Extra 2002	Totaal Extra mensen
Verstandelijk gehandicapten	6243	10059	12888	29190
Lichamelijk gehandicapten	421	758	1397	2576
Totaalbeeld	6664	10817	14825	31766

Bronnen: Uit Jaarbeeld Zorg 2003 (gebaseerd op gegevens CTG, SVB en ministerie VWS).

De extra productie wordt gemeten in extra geholpen cliënten met een persoonsvolgend budget (PVB, uit CTG-rapportage), met persoonsgebonden budgetten (PGB, uit rapportages Sociale VerzekeringsBank), extra plaatsen door middel van bouw (voornamelijk in het kader van de Tijdelijke VerstrekkingenWet Maatschappelijke Dienstverlening, bijgehouden door VWS) en voor de verstandelijk gehandicapten nog specifiek de toeslagen voor sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG-toeslagen) (geregistreerd door VWS en CvZ).

18.

Welke financiële gevolgen heeft het laten vervallen van het budgetmaximum in de GGZ?

Met ingang van 1-1-2003 is in de GGZ het budgetmaximum, conform het actieplan zorg verzekerd, opgeheven. De door de instellingen aangevraagde productie voor 2003 ligt € 168 mln hoger dan in 2002. Het CTG heeft deze aangevraagde productie voor een totaal bedrag van € 126 mln gehonoreerd. Dit omdat het CTG, na overleg met de veldpartijen, heeft besloten dat de productie van iedere GGZ-instelling voorlopig niet meer dan 10% stijgt t.o.v. de afspraken 2002. Mocht gedurende het jaar blijken dat een instelling die 10 % daadwerkelijk realiseert, dan kan de instelling, mits het zorgkantoor er mee instemt, tot 1 december 2003 aanvullende productieafspraken maken.

In de raming voor 2003, bijgesteld bij voorjaarsbrief 2003, is rekening gehouden met een stijging van de productie in de GGZ als gevolg van het opheffen van het budgetmaximum.

19.

Hoe luidt de doelstelling (kwantitatief) van de modernisering AWBZ? In welke mate is deze doelstelling bereikt?

De doelstelling van de modernisering AWBZ is kwalitatief geformuleerd: meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheden, meer zeggenschap voor de cliënten en meer doelmatigheid. Invoering

van de modernisering AWBZ verloopt gefaseerd. Over de behaalde resultaten wordt halfjaarlijks gerapporteerd in de voortgangsrapportage groot project.

20.

Wat wordt bedoeld met de opmerking dat naar de overige onderzochte branches voorlopig geen nader onderzoek komt?

Naast de analyses over de zorgdeelmarkten fysiotherapie (inclusief de oefentherapieën Mensendieck en Cesar) en logopedie, zijn onderzoeken gedaan naar de deelmarkten ergotherapie, mond-zorg, verloskunde, kraamzorg en psychologische zorg en zijn er aanknopingspunten voor introductie van marktwerking. Daarom wordt bij deze branches verkend onder welke voorwaarden knellende regels kunnen vervallen. Met deze markten wordt dus een begin gemaakt. Voor de overige deelmarkten - waar zo mogelijk nog grotere behoedzaamheid is geboden - is op dit moment nog geen planning gemaakt voor nader onderzoek.

21.

Is de minister van mening dat het feit dat een aantal beleidsprioriteiten die de instrumentering van vraagsturing betreffen (te weten ICT-inspanningen, bevorderen vrijwilligerswezen, ondersteuning patiënten-consumentenorganisaties) teveel in voornemens is blijven steken (zie pagina 24), hetgeen opnieuw duidt op een onmacht vraagsturing in de zorg werkelijk vorm te geven? Zoja, in welke zin is hij voornemens dit tij te keren?

Bevorderen vrijwilligerswerk

De tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk is zeker niet in voornemens blijven steken. De regeling is door gemeenten zeer goed ontvangen. De deelname van 393 gemeenten en 10 provincies is tot en met 2004 gegarandeerd. Het SGBO - het onderzoeksbureau van de VNG - maakt een inventarisatie van de redenen waarom de resterende gemeenten geen gebruik hebben gemaakt van deze regeling. Redenen kunnen zijn: men meent dat er op lokaal niveau al voldoende aandacht voor het vrijwilligersbeleid is; men maakt principieel geen gebruik van tijdelijke regelingen danwel men had daar op dat moment geen ambtelijke capaciteit voor; men zag geen kans de eigen bijdrage van 50% te bekostigen.

Ondersteuning patiënten-consumentenorganisaties

Voor een goede vraagsturing is een versterking nodig van de positie van patiënten/consumenten. In de nota 'Met zorg kiezen' (TK 27807 nr. 2) is uiteengezet hoe dit in vijf toerustingniveaus vorm krijgt. Een van die toerustingniveaus betreft informatiebeleid, zoals de bevordering van consumenteninformatie via internet. In april 2002 is over de voortgang aan de Tweede Kamer gerapporteerd (TK 27 802 nr. 20). Zoals geschetst in deze brief zal de aandacht in de komende tijd uitgaan naar het bereiken van een betere en helderder verantwoordelijkheidsverdeling tussen de diverse actoren, een betere implementatie (m.n. van de patiëntenwetten) en meer aandacht voor resultaten.

22.

Met hoeveel is het aantal opleidingsplaatsen voor << wachtlijstgerelateerde >> aandoeningen vergroot?

De vijf "wachtlijstgerelateerde" opleidingen (intensive care en dialyse verpleegkundigen, operatie- en anesthesie-assistenten en radiodiagnostisch laboranten) zijn in 2002, ten opzichte van 2001, uitgebreid met in totaal 428 opleidingsplaatsen bij de Algemene Ziekenhuizen.

23.

Hoe groot is het tekort aan genoemd personeel? Is uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voldoende om het tekort op te vangen?

In het algemeen is niet aan te geven wat de omvang van het tekort aan dit personeel is, bijvoorbeeld in de vorm van openstaande vacatures bij deze wachtlijstgerelateerde beroepen. Die informatie ligt verspreid over de verschillende zorginstellingen in het land en is niet centraal geregistreerd. Per situatie wordt het tekort zo goed mogelijk opgevangen.

Uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen impliceert - gezien het inservice karakter van de opleidingen- tevens een uitbreiding van het personeel. Per lokale situatie wordt bepaald welke omvang nodig is. Wel is bekend wat het totaal aan extra gerealiseerde opleidingsplaatsen in algemene ziekenhuizen is: 428 in 2002.

24.

Hoe heeft het ziekteverzuimpercentage in de zorg zich de afgelopen jaren ontwikkeld? Hoe hoog is het percentage nu? Tot welk percentage dient dit te worden teruggebracht? In hoeveel tijd en met welke middelen?

Het jaarverslag VWS geeft op blz. 95 een beeld van de ontwikkeling van het ziekteverzuimpercentage in de zorg en welzijnssector. De onderstaande tabel laat dit beeld in combinatie met het ziekteverzuimpercentage in de rest van Nederland zien.

tabel: ontwikkeling ziekteverzuim Nederland en zorg en welzijnsector

	1999	2000	2001	2002
totaal Nederland (CBS)	5,4	5,5	5,4	5,4
totaal zorg en welzijn (CBS)	7,8	7,5	7,5	7,0

In 2002 was het ziekteverzuimpercentage in de zorg en welzijnsector volgens het CBS 7,0%. Daarnaast beschikt de zorgsector sinds enkele jaren over een eigen peilstation ziekteverzuim Vernet (dus exclusief welzijn) waarvan de participatie door instellingen sinds 2001 op 80% ligt. Het ziekteverzuim van de zorgsector bij dit peilstation is 6,8%.

Voor de periode 2000 tot 2004 heeft VWS met sociale partners in de zorg en welzijnssector arbeidsmarktconvenanten gesloten. Daarin zijn ook afspraken gemaakt het ziekteverzuim terug te dringen. Het verschil in ziekteverzuim tussen de zorg en welzijnssector en de rest van Nederland dient in 4 jaar tijd (tot eind 2003) te zijn gehalveerd. Het ziekteverzuim in Nederland was in 1999 5,5% en in de zorg en welzijnsector was dat in 1999 7,8%. Dit betekent dat (op basis van de cijfers van 1999 toen het arbeidsmarktconvenant gesloten is) het ziekteverzuim in de zorg en welzijnssector met 1,2 procentpunt moet afnemen tot 6,6%. Met een gerealiseerd percentage van 7 is dus een belangrijk (2/3) deel van de doelstelling gerealiseerd.

In het Jaarbeeld Zorg 2002 staat op blz. 45 dat voor de uitvoering van het arbeidsmarktconvenant voor het speerpunt arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en reïntegratie € 60,1 miljoen is ingezet via de sectorfondsen.

25.

Met hoeveel procent is het ziekteverzuim gedaald als gevolg van het instellen van Arbo-coördinatoren? Hoeveel heeft dit gekost?

Het ziekteverzuimbeleid in de zorg en welzijnsector wordt via verschillende kanalen vormgegeven.

Voor de uitvoering van het arbeidsmarktconvenant en de arboconvenanten in de zorgsector is voor het speerpunt arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en reïntegratie € 60,1 miljoen ingezet via de sectorfondsen. Het sectorfonds Zorg heeft hiermee onder meer een Stimuleringsregeling Integraal Personeelsbeleid (STIP) ontwikkeld waarbij instellingen subsidie kunnen krijgen voor het vrijmaken van medewerkers ten behoeve van integraal personeelsbeleid (waaronder arbobeleid, ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid). In 2002 is € 69,1 miljoen beschikbaar gesteld door het Sectorfonds Zorg aan instellingen in de zorgsector via de STIP-regeling. Hiervan wordt ongeveer 1/3 door instellingen gebruikt voor arbobeleid, ziekteverzuimbeleid en reïntegratiebeleid. Dit

bedrag maakt onderdeel uit van het eerder genoemde totale bedrag van € 60,1 miljoen voor arbo-, ziekteverzuim- en reïntegratiebeleid.

Daarnaast zijn er ook in de zorgsector arboconvenanten afgesloten waarin concrete doelstellingen staan over de terugdringing van fysieke belasting, psychische belasting, maar ook over het terugdringen van agressie en over hoe om te gaan met allergene stoffen.

Het is niet eenduidig vast te stellen welk gedeelte van het afgenomen ziekteverzuim is te danken aan het aanstellen van arbocoördinatoren door instellingen. Het gaat immers om een mix van maatregelen. Wel is gebleken dat instellingen na de invoering van een structureel en gecoördineerd arbo- en ziekteverzuimbeleid, waar het ziekteverzuimbeleid een integraal onderdeel vormt van 'goed werkgeverschap', een lager ziekteverzuim hebben dan voor die tijd.

26.

Wat is de oorzaak van de overschrijding van de Modernisering care van circa 125%? Is een dergelijke overschrijding voor 2003 ook te verwachten?

De oorzaak is gelegen in een verschuiving binnen VWS van de structurele instellingssubsidie van het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG). Met ingang van 2002 is deze beheer technisch toegevoegd aan het taakgebied van het project Modernisering AWBZ. Per 1 januari 2002 is het werkterrein van het indicatieorgaan (RIO) formeel verbreed met de taken op het gebied van de indicatiestelling Gehandicaptenzorg (GZ). De indicatiestelling in de GZ behoort derhalve vanaf 1 januari 2002 ook tot het taakgebied van de Modernisering AWBZ. De interne verschuiving van de structurele subsidie aan het LCIG kan derhalve niet worden gekarakteriseerd als een overschrijding op de middelen die samenhangen met de Modernisering AWBZ. Daarnaast is zoals gesteld in het Jaarverslag 2002 eenmalig € 9 miljoen ten behoeve van de AWBZ brede zorgregistratie (AZR) overgeboekt van 2001 naar 2002. Beide bedragen tezamen vormen het verschil met de oorspronkelijke begroting. Alle geplande activiteiten in het kader van de Modernisering AWBZ over 2002 zijn uitgevoerd binnen de daarvoor gestelde kaders. Een totaalverantwoording vindt plaats in het kader van de halfjaarlijkse rapportage Groot Project aan de Tweede Kamer.

27.

"In een enkel geval is sprake van financiering uit zowel de begroting als de premie": Welk geval is dit? Waarom wordt dit niet bij name genoemd? Waarom staat het niet vermeld in de tabellen/een aparte tabel?

Het betreft slechts één geval. De conclusies van de Commissie Van Rijn hebben geleid tot het beschikbaar stellen van extra intensiveringsmiddelen ter oplossing van arbeidsmarktknelpunten in de collectieve sector (met name zorg en welzijn). Deze middelen zijn voor een deel ingezet via de VWS-begroting (sectorfondsen, zie beleidsprioriteit 5 van tabel 1 op bladzijde 23), maar voornamelijk via de budgetten van instellingen (premiegefinancierde uitgaven, zie beleidsprioriteit 5 van tabel 2 op bladzijde 25).

Het was wellicht duidelijker geweest indien dit via een voetnoot bij beide tabellen was aangegeven.

28.

Het streefcijfer met betrekking tot de vermindering van het aantal probleemdrinkers is 8% in 2004 en 40% in wederom 2004. Kan terzake een toelichting worden verschaft?

Abusievelijk is **tabel 2 Gezond gedrag: streefcijfers en realisaties** onjuist weergegeven. Hieronder treft u de juiste weergave aan.

Effecten:	Streefcijfer	Tussendoel 2002	Realisatie 2002	
Minder rokers	28% (2004)	32%	30% (1)	De realisatie 2002 is met name bereikt door ondersteunen van stoppen met roken in combinatie met communicatie over nieuwe regelgeving en een marketingexperiment niet-roken voor jongeren.
Minder probleemdrinkers	8% (2004)	-	-	Thans zijn er geen vergelijkbare gegevens die een indicatie geven van de tussenstand. In 2003 zal hier toe een grootschalig bevolkingsonderzoek worden gestart.
Toename bewegen volgens norm (2)	40% (2004) 45% (2005) 50% (2010)	-	-	De doelen voor gezond bewegen waren in de begroting 2002 nog niet aangepast aan die van de kabinetsnota Sport, Bewegen en Gezondheid (nota SBG), kamerstukken II, 2000-2001, 27841 nr 2) die doelen stelt voor 2005 en 2010. In de loop van 2002 is een aanvang gemaakt met het projectmatig uitvoeren van de nota SBG. Uit de realisatie 2002 komt naar voren dat lichamelijke beweging volgens de norm is toegenomen.
Minder lichamelijke inactieven	10% (2005) 8% (2010)	-	14%	Dit is mogelijk een effect van wijziging in de meetmethoden.
Afname inname verzadigd vet	-	12%	-	De voedselconsumptie wordt periodiek gemeten met de voedselconsumptiepeiling. In 2002 zijn pas de cijfers gepubliceerd voor de periode 1992-1997. Momenteel wordt gewerkt aan een nieuwe voedselmonitor die meer up-to-date (beleids)informatie geeft.
Toename veilig vrijen	-	77%	69%	In 2001 was het percentage om onduidelijke redenen gedaald tot 57%. In 2002 is het percentage weer gestegen. De inspanningen van GGD'en, huisartsen, scholen en de Stichting soa-bestrijding hebben hieraan bijgedragen.

1) Bron: NIPO (CIPI 1)

2) De Nederlandse Norm Gezond Bewegen betekent voor volwassenen een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit (zoals stevig doorwandelen) op ten minste 5 en bij voorkeur 7 dagen in de week. Voor jeugdigen onder de 18 wordt een norm van dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit gehanteerd. Waarbij de activiteiten 2 maal in de week gericht moeten zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).

Tendrapport

Bewegen en Gezondheid van 2000-2001 - TNO 2002 (CIPI 1).

3) De cijfers voor veilig vrijen zijn gebaseerd op zelfgerapporteerd condoomgebruik bij wisselende partners. De percentages zijn afkomstig uit het monitoronderzoek 'Veilig vrijen en condoomgebruik van jongeren en jongvolwassenen, stand van zaken september 2002 en ontwikkelingen sinds september 1987', uitgevoerd door de Rutgers Nisso Groep (CIPI 2)

29.

ZonMw begeleidt de implementatie van het vaccinatieprogramma gericht op lifestylerisicogroepen. Wat wordt precies bedoeld met lifestylerisicogroepen, en waarom vereisen deze groepen een apart vaccinatiebeleid?

Lifestylerisicogroepen zijn groepen die door hun manier van leven een verhoogd risico lopen op een ziekte. In het geval van hepatitis B gaat het om homo- en heteroseksuelen met veel wisselende partners en mensen die intraveneus drugs gebruiken.

Omdat de eerder genoemde lifestylerisicogroepen zich meestal niet actief met een zorgvraag tot de zorgverlener richten, is hiervoor een actief 'outreaching' vaccinatieprogramma opgesteld.

Op basis van de gunstige resultaten van een tweejarig proefproject heb ik besloten tot landelijke implementatie.

30.

Op pagina 35 wordt wederom geconstateerd dat er een grote kloof gaapt tussen preventieve beleidsvoornemens en lokale uitvoering. Kan worden aangegeven met welke resultaatverplichtingen ontvangers van subsidies en stimuleringsgelden op dit terrein in het vervolg rekening zullen moeten houden?

Op pagina 35 in het Jaarverslag VWS 2002 wordt gerefereerd aan de resultaten van het onderzoek van SGBO, Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

(2002). Dit onderzoek geeft inzicht in de inhoud en in het proces van totstandkoming van de lokale nota's gezondheidsbeleid en betreft een enquête onder 110 gemeenten. Hieruit blijkt inderdaad dat het op lokaal niveau nogal eens aan (politieke) aandacht ontbreekt voor preventie en voor gezondheidsbeleid. Om hier verbetering in te krijgen zijn de afgelopen jaren diverse ondersteuningsprojecten en -programma's uitgevoerd. Aan de financiering hiervan zijn waar mogelijk steeds resultaatsverplichtingen gekoppeld. Zo is bij het project 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid', uitgevoerd door VNG en GGD Nederland, de afspraak gemaakt dat op 1 juli 2003 75% van de gemeenten een nota gezondheidsbeleid heeft vastgesteld en in uitvoering genomen. Deze afspraak is destijds bevestigd in het kader van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg. Door de Staatssecretaris van VWS is, aan het einde van de vorige regeerperiode, met de bestuurlijk vertegenwoordigers van de G-4 en de G-26 een aantal afspraken gemaakt die de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) in de steden moeten terugdringen. De gezamenlijk gekozen prioriteiten zijn richtinggevend voor de afspraken die de G-30 individueel gaan maken met het rijk over gezondheid/SEGV in het kader van het Grotestedenbeleid. Ik zal, waar dat aan de orde is, door mij gefinancierde projecten, programma's en instellingen zoveel mogelijk inzetten op een resultaatgerichte ondersteuning van de uitvoering van deze afspraken.

31.

Op pagina 45 wordt aangegeven dat per 1 januari 2002 het NICTIZ is gestart, onduidelijk is wat op het terrein van ICT in het verslagjaar concreet is bereikt voor de uitgegeven middelen. Kan hierin inzicht worden verschaft?

Ja, zodra ik de verantwoording van NICTIZ heb ontvangen, zal ik u hierover nader informeren. Ik verwacht die rapportage in de tweede helft van juni 2003.

32.

Hoe groot is (uitgesplitst naar discipline) het tekort aan gekwalificeerde beroepsbeoefenaren?

Het capaciteitsbeleid is gericht op de behoefteramingen in de toekomst. De uitbreiding van de diverse opleidingen is gebaseerd op deze behoefteramingen.

- Basisartsen - In maart 2002 adviseerde het Capaciteitsorgaan een instroom geneeskunde van 2.850 plaatsen. In dat jaar heeft de minister van OCenW de instroom op 2.550 gesteld.
- Huisartsen - In 2002 heeft het Capaciteitsorgaan aangegeven dat volgens de behoefteraming het aantal benodigde nieuwe huisartsen 861 bedraagt. Daarvoor heeft VWS de instroomcapaciteit additioneel verhoogd tot maximaal 500 opleidingsplaatsen (realisatie 2002: 466).
- Klinisch specialisten - Voor klinisch specialisten is in 2002 een opleidingscapaciteit van 1109 plaatsen gerealiseerd, waarmee de raming van het Capaciteitsorgaan (1104,4) geheel is gerealiseerd.
- Verloskundigen - In 2002 is een instroom van 257 plaatsen voor de opleiding tot verloskundige gerealiseerd. Daarmee is de doelstelling van 240 plaatsen ruimschoots gehaald. De doelstelling was gebaseerd op een behoefteraming van het NIVEL.

De ramingen zullen steeds meer rekening gaan houden met ontwikkelingen in de organisatie van de zorg (zoals in de huisartsenpraktijken) en taakherschikking tussen professionals. Dit sluit aan bij het Plan van Aanpak Capaciteit Zorgverleners. Dit is beleid dat in gang is gezet om tekorten aan beroepsbeoefenaren aan te pakken met een driesporen beleid: uitbreiding opleidingscapaciteit, modernisering van de opleidingsstructuur en de taakherschikking tussen professionals. Met uitsluitend méér opleiden kan ons inziens niet meer geheel voldaan worden aan de zorgvraag. Het is eveneens van belang de opleidingsstructuur te moderniseren en nieuwe beroepen te ontwikkelen.

33.

Wat was de doelstelling voor 2002 ten aanzien van het aantal opleidingsplaatsen? Is met de realisatie over 2002 deze doelstelling gehaald?

Het volgende overzicht geeft aan in hoeverre de doelstellingen zijn gehaald:

<u>Instroom</u>	<u>Doelstelling 2002</u>	<u>Realisatie 2002</u>
Verloskundigen	240	257
Bronnen: doelstelling; Capaciteitsorgaan realisatie; administratie van de verloskundigen opleidingen		
Huisartsen	500	466
Bron realisatie; Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts		
Medisch specialisten	1104	1109
Bronnen: doelstelling; Capaciteitsorgaan realisatie; Medische Specialisten Registratie Commissie		

Bij zowel de medisch specialisten als verloskundigen zijn de doelstellingen gehaald; de gereali-seerde instroom bij de huisartsenopleiding blijft achter bij de raming.

De groei van het aantal opleidingsplaatsen huisartsgeneeskunde wordt getemperd door het aan-tal beschikbare huisartsopleiders en het aantal (basis)artsen dat de opleiding wil gaan volgen.

34.

Wat was de financiële doelstelling ten aanzien van EVS? Waarom is deze niet gehaald op het moment dat 87% daadwerkelijk gebruik maakt van EVS?

In het Convenant Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS inzake de versterking van de huisartsenzorg 30 juni 1999, heeft LHV zich verbonden dat de opbrengst van de geneesmiddelenbesparing in het jaar 2002 in totaal f 300 mln. (Euro 136,13 miljoen) netto zal bedragen.

Door het NIVEL is in opdracht van LHV, ZN, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NGG) en VWS een onderzoek uitgevoerd naar de mate van gebruik van het EVS en de effecten op de kosten van voorschrijven. In dit rapport "Evaluatie invoering EVS: Monitoringsfase: de situatie in 2001" worden een aantal redenen genoemd waarom de besparing minder groot was dan voor aanvang van het project werd verwacht: het EVS grijpt niet aan op herhaalreceptuur (herhalings-recepten vormen de meerderheid van alle receptuur), voor een deel van de receptuur zijn geen evidence based voorschriften aanwezig, het EVS wordt maar voor een deel van de recepten geraadpleegd en indien het geraadpleegd wordt, worden de adviezen niet automatisch opgevolgd en als zij worden opgevolgd leidt dat niet in alle gevallen tot goedkoper voorschrijven. Ook prijsontwikkelingen kunnen een rol hebben gespeeld ten aanzien van het feit dat een be-langrijk besparingspotentieel is verdwenen, maar uit NIVEL-onderzoek valt op te maken dat dit niet noemenswaard is.

35.

Hoeveel subsidie ontvangen de beroepsverenigingen voor fysiotherapie, Cesar en Mensendieck en logopedie jaarlijks? Welke kwaliteitsprogramma's hebben zij ontwikkeld en uitgevoerd? Wat heeft dit opgeleverd?

De verdeling van de subsidiegelden (peil 2003) is als volgt:

KNGF (fysiotherapie)	EUR 4.378.051
NVOM (Mensendieck)	EUR 453.280
VBC (Cesar)	EUR 453.280
NVLF (logopedie)	EUR 453.280

Met de subsidiegelden zijn kwaliteitsprogramma's ontwikkeld op het gebied van intercollegiale toetsing, visitatie, accreditatie, na- en bijscholing, informatievoorziening en -registratie en het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen. De subsidiegelden faciliteren tevens de implementatie van het kwaliteitsbeleid. Naast de directe instrumentontwikkeling op zich is geïnvesteerd in het opbouwen en exploiteren van infrastructuur (personeel; bureaunkosten, regiokantoren) van waar-uit de kwaliteitsprogramma's worden vormgegeven, begeleid en getoetst. Via de kwaliteitspro-gramma's hebben de betrokken zorgsectoren instrumenten in handen gekregen om patiëntge-richte zorg volgens beproefde behandeltechnieken op een hoogwaardig niveau uit te voeren. Alle door VWS verstrekte subsidies worden op dit moment geëvalueerd.

36.

Op welke wijze heeft het maatschappelijk debat over xenotransplantatie plaatsgevonden? Wie hebben aan dat debat deelgenomen? Wat waren de kosten van dit debat?

Bij brief van 21 oktober 2001 is het eindrapport van het publiek debat xenotransplantatie aan de Tweede Kamer toegezonden. In de brief is onder meer vermeld dat de verschillende activiteiten van het debat er toe geleid hebben dat -hetzij direct via de activiteiten zelf, hetzij indirect door publiciteit óver en de discussies in vervolg óp die activiteiten- verschillende bevolkingsgroepen en -lagen zijn bereikt. Zo zijn er publieksgesprekken gehouden, en in het eindrapport zijn gegevens opgenomen over de plaatsen waar die gesprekken zijn gehouden en hoeveel deelnemers er waren (blz. 59). Een aantal activiteiten was met name gericht op schoolgaande jongeren, en ook over het bereik dáárvan zijn gegevens vermeld (blz. 89). De totale kosten van de verschillende fasen van het debat hebben afgerond 0,5 miljoen Euro bedragen.

37.

Wat zijn de effecten van de extra middelen die zijn ingezet voor publieksvoorlichting rondom orgaandonatie? Hoeveel extra donoren zijn er absoluut en als percentage in 2002 bijgekomen?

Van het geld dat eind 2002 extra beschikbaar is gesteld voor een intensivering van de publieksvoorlichting heeft de Stichting Donorvoorlichting, thans NIGZ (per 1 januari 2003 is de Stichting Donorvoorlichting gefuseerd met NIGZ) een eindejaarsvoorlichtingscampagne gevoerd. De doelstelling van deze campagne was om het onderwerp orgaan- en weefseldonatie op de agenda van het publiek te krijgen. Hiertoe is een intensieve attenderende campagne van vier weken gevoerd met als thema "Ooit beschikbaar, een stukje.....", gevolgd door een voornaam. Om ook inhoudelijke informatie te verstrekken zijn drie redactionele pagina's gemaakt die landelijk in de huis-aan-huisbladen zijn geplaatst. Het bereik hiervan wordt door NIGZ geraamd op zo'n 13 miljoen lezers. De campagne heeft als gevolg gehad dat er duizenden extra reacties zijn gekomen, dat komt neer op 50 procent meer mensen dan het jaar ervoor die gebeld hebben naar het informatienummer of die een bericht naar de internetsite stuurden.

De lange termijn doelstelling van voorlichting over orgaandonatie is dat de bereidheid van de bevolking om te doneren vergroot wordt en dat zodoende een positieve bijdrage geleverd kan worden op het aantal donororganen dat voor transplantatie beschikbaar komt. Het aanbod van donororganen is echter van vele factoren afhankelijk en die factoren zijn niet allemaal te beïnvloeden. Een uitspraak over een rechtstreeks effect van voorlichting op het daadwerkelijk aanbod van donororganen zal ik dan ook niet doen. Met mijn brief van 9 mei jl. aan de voorzitter van de Tweede Kamer (GMT/MT 2375937) wordt het rapport van het Nivel "Het Donorpotentieel" aangeboden. Dat rapport gaat in op enkele van de factoren die van invloed zijn op het donoraanbod.

Uit de jaarcijfers van de Nederlandse Transplantatie Stichting te Leiden blijkt dat in het jaar 2002 er 202 postmortale orgaandonoren waren, terwijl dat er in het jaar 2001 nog 187 waren. Dat is een stijging van acht procent (persbericht Nederlandse Transplantatie Stichting, 13 januari 2003).

38.

Kan een uitsplitsing worden gegeven waartoe de extra intensiveringen van € 22.5 miljoen voor de maatschappelijke opvang hebben geleid: hoeveel extra dak- en thuislozen/zwerfjongeren/vrouwen zijn extra opgevangen?

De extra intensivering van € 22,5 mln heeft geleid tot een ophoging van de specifieke uitkeringen maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid en vrouwenopvang aan de centrumgemeenten. De inzet van de middelen is een verantwoordelijkheid van die gemeenten zelf. Via de Monitor Maatschappelijke Opvang houdt het rijk zicht op de capaciteitsontwikkeling. De gegevens over afgelopen jaar, waar genoemde intensiveringen hebben plaatsgevonden, zijn nog niet bekend. Over de opvang van zwerfjongeren vindt een visitatie plaats over o.a de inzet van de € 3 mln voor zwerfjongeren.

39.

Hoe groot is het drugsgebruik onder jongeren? Als er geen relatie is te leggen tussen het gevoerde beleid en patronen van en trends in drugsgebruik, hoe kan dan de uitspraak worden gedaan dat de vraag naar drugs (enz.) worden verminderd door professioneel zorg- en preventiebeleid? Op basis waarvan is het huidige beleid als professioneel te kwalificeren?

De meest recente landelijke studie naar de prevalentie van druggebruik is het tweede Nationaal Prevalentie Onderzoek uit 2001 van het Centrum voor Drugsonderzoek van de Universiteit van Amsterdam. In onderstaande tabel wordt het actuele gebruik van drugs onder jongere leeftijdsgroepen in 1997 en 2001 weergegeven.

Laatste maand gebruik van cannabis en harddrugs naar leeftijdsgroep in procenten: 1997 en 2001

Leeftijd	Cannabis		harddrugs*	
	1997	2001	1997	2001
12-15 jaar	2.0	2.2	0.2	0.2
16-19 jaar	8.3	8.6	1.4	1.9
20-24 jaar	7.1	11.2	1.8	3.5
25-29 jaar	4.7	6.6	1.3	1.4
30-34 jaar	2.1	3.6	0.3	1.1

* cocaïne, amfetamine, ecstasy, hallucinogenen (excl. paddo's), heroïne

Uit deze tabel blijkt dat het actuele gebruik tussen 1997 en 2001 is toegenomen. Gezien de vele factoren die van invloed zijn op de prevalentie kan er geen causaal verband gelegd worden tussen het beleid en deze stijging van de prevalentie. De vraag naar drugs kan echter wel worden verminderd door het toepassen van methoden die bewezen effectief zijn (evidence based). Een voorbeeld hiervan is het project De Gezonde School en Genotmiddelen. Als gevolg van de vele andere factoren die van invloed zijn, kunnen de effecten van deze methoden echter niet afgelezen worden in patronen van en trends in gebruik, zoals in bovenstaande tabel is weergegeven. De huidige preventie en zorg zijn professioneel te noemen; de verslavingszorg werkt ook steeds meer op basis van evidence based protocollen.

40.

Wat zijn de totale kosten die gemoeid zijn met het dalen van de wachtlijsten?

Bij ons is bekend wat er sinds het jaar 1998 uitgegeven is voor het reduceren van wachtlijsten in de sector verpleging, verzorging en ouderen. In tabel 4 (pagina 22) van het Jaarbeeld Zorg 2002 is aangegeven dat er in het jaar 2002 ten opzichte van het jaar 1998 een bedrag van € 1510,9 mln. is uitgegeven voor extra productie.

41.

Hoeveel geld is in 2002 naar de sectorfondsen gegaan? Welke kwantitatieve doelstellingen golden ten aanzien van deze gelden? In welke mate zijn deze doelstellingen behaald?

In 2002 is € 191 miljoen ingezet via de sectorfondsen voor de uitvoering van de speerpunten van de arbeidsmarktconvenanten (zie Jaarbeeld Zorg 2002 op blz. 43).

Op blz. 44 tot en met 48 staat een uitgebreide opsomming en beschrijving van de kwantitatieve doelstellingen van deze speerpunten. Ook wordt er vermeld wat de stand van zaken is ten aanzien van het behalen van de doelstellingen en in hoeverre een operationele doelstelling binnen een speerpunt op schema ligt.

In het Jaarverslag VWS 2002 zijn in tabel 2 op blz. 95 de belangrijkste indicatoren weergegeven met een raming van vier kwantitatieve doelstellingen (de daling van het ziekteverzuim, de daling van de WAO-instroom, de daling van het netto-verloop en de toename van de instroom in de opleidingen). Op basis van deze ramingen (het zijn voorlopige cijfers) is het de verwachting dat deze doelstellingen eind 2003 zullen worden behaald.

42.

Hoeveel mensen (zorg en welzijnssector) zijn in 2002 uit de WAO gestroomd? Hoe verhoudt zich dit aantal tot andere sectoren en wat zijn hiervan de oorzaken?

In 2002 zijn volgens cijfers van het UWV 12.917 werknemers van de zorg en welzijnsector uitgestroomd uit de WAO. In de onderstaande tabel is te zien dat de WAO-uitstroomkans van de zorg en welzijnsector in 2002 is toegenomen ten opzichte van 2001 en hoger was dan in de rest van Nederland.

tabel: WAO-uitstroom Nederland en zorg en welzijnsector

	1999	2000	2001	2002
WAO-uitstroom Nederland	84.113	75.531	80.805	82.035
WAO-uitstroomkans Nederland	10,2	8,9	9,3	9,3
WAO-uitstroom zorg en welzijn	9.970	9.348	10.930	12.917
WAO-uitstroomkans zorg en welzijn	9,4	8,3	9,1	10,2

Bron: UWV (2000, 2001 en 2002 zijn voorlopige cijfers)

De oorzaken hiervan zijn niet eenduidig. Waarschijnlijk speelt het relatief hoge opleidingsniveau in de zorg en welzijnsector een rol, waardoor arbeidsmarktperspectieven bij reïntegratie relatief gunstig zijn.

Daarnaast is de afgelopen jaren met de arbeidsmarktconvenanten in de zorgsector beleid gevoerd ter verbetering van arbeidsomstandigheden, het ziekteverzuim te reduceren en de reïntegratie te bevorderen. Dit beleid werpt behalve met betrekking tot het gedaalde ziekteverzuim en de gedaalde WAO-instroom, ook zijn vruchten af met betrekking tot de gestegen WAO-uitstroom.

Ten aanzien van de reïntegratie vanuit de WAO is overigens te melden dat momenteel voor de zorg en welzijnssector een onderzoek plaatsvindt, waarvan de resultaten in het najaar van 2003 verwacht worden. Het onderzoek spitst zich toe op succes- en faalfactoren van reïntegratie vanuit de WAO.

43.

Welke middelen waren beschikbaar voor het behalen van de doelstellingen uit de arbeidsmarktconvenanten?

Zie 41.

44.

Kan worden toegelicht in welke mate de wachtlijsten voor jeugdzorg zijn afgenomen en bij welke voorzieningen als gevolg van de extra intensiveringen van € 9.5 miljoen?

De provincies hebben de middelen eind 2001 aan de instellingen beschikbaar gesteld, waarna de instellingen nieuwe medewerkers hebben kunnen aannemen. Hierover heb ik u in oktober 2002 (kamerstuk 28606, nummer 2) geïnformeerd. Het effect zal dan ook pas in de tweede helft van 2002 zichtbaar worden via de meting per 1 januari 2003. De resultaten van deze meting zullen u tegelijk met de voortgangsrapportage beleidskader jeugdzorg (september 2003) toegezonden worden.

45.

Waarom is het aantal wachtenden op het een startonderzoek bij advies en meldpunt Kindermishandeling ruim twee keer zo hoog dan er was geraamd? Zijn er budgettaire gevolgen van beleid? Zo, ja onder welke "noemer" staan de uitgaven aan de wachtenden op het een startonderzoek bij advies en meldpunt Kindermishandeling geboekt? Wat zijn de budgettaire gevolgen van beleid?

De stijging van het aantal wachtenden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling heeft verschillende oorzaken. Naast de stijging van het aantal meldingen spelen ook ziekteverzuim en de moeilijk te vervullen vacatures een rol.

Naar aanleiding van de stijging van de wachtlijsten in de jeugdzorg heeft de taskforce wachtlijsten jeugdzorg een nadere analyse gemaakt, welke u in februari 2003 (kamerstuk 28606, nummer 6) is toegezonden. De uitgaven aan wachtenden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling staan geboekt onder de "noemer" doeluitkering jeugdhulpverlening. De budgettaire gevolgen worden opgenomen in de Begroting 2004, waarin ook het Regeerakkoord verwerkt is.

46.

Hoe lang wachten moeten de wachtenden bij het Meld- en Adviespunt Kindermishandeling gemiddeld wachten? Kunt u dit aangeven per regio?

Wat gemeten gaat worden is de duur van aanmelding tot afronding onderzoek bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. De wachttijd van aanmelding tot start onderzoek wordt niet apart in beeld gebracht.

De duur van het onderzoek bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling was bij de meting van juli 2002 nog niet bekend. Dit heeft te maken met de invoering van een nieuw automatiseringssysteem per 1 april 2002. Alle zaken welke voor 1 april 2002 zijn aangemeld, hebben toen als aanmeldingsdatum 1 april 2002 gekregen. In de voortgangsrapportage beleidskader jeugdzorg (september 2003) zal ik u hierover wel kunnen informeren, ook per regio.

Daarbij wil ik nog opmerken dat in het jaarverslag (pagina 99, tabel 1) een fout is geslopen. Het aantal wachtenden is gemeten op basis van langer dan 5 dagen in plaats van 45 werkdagen, zoals abusievelijk vermeld in de begroting 2003.

47.

Waarom is het aantal wachtenden op het een vervolgesprek bij BJZ veel hoger dan er was geraamd? Zijn er budgettaire gevolgen van beleid? Zo, ja onder welke "noemer" staan de uitgaven aan de wachtenden op het vervolgesprek JBZ geboekt? Wat zijn de budgettaire gevolgen van beleid?

Dat het aantal wachtenden op een vervolgesprek bij het bureau jeugdzorg hoger was dan geraamd, is met name veroorzaakt door de onvoorziene stijging van het aantal meldingen en het feit dat de werkprocessen niet overal zo zijn ingericht dat de norm van maximaal vijf dagen voor het vervolgesprek gehaald kan worden. Ook voor het bureau jeugdzorg is het aantal wachtenden gemeten op basis van langer dan 5 dagen in plaats van 45 werkdagen (zie ook antwoord vraag 46).

Voor de budgettaire gevolgen van het beleid verwijs ik u naar het antwoord op vraag 45.

De uitgaven aan wachtenden bij het bureau jeugdzorg staan geboekt onder de "noemer" doeluitkering jeugdhulpverlening.

48.

Hoe lang moeten de wachtenden feitelijk wachten op het vervolgesprek bij de JBZ gemiddeld wachten? Kunt u dit aangeven per regio?

De wachttijd tot het vervolgesprek wordt niet gemeten. Wel wordt de totale doorlooptijd tot indicatiestelling gemeten. Voor deze cijfers verwijs ik u naar de tweede rapportage van de taskforce wachtlijsten (kamerstuk 28606, nummer 2).

49.

Op welke termijn kan de Kamer de resultaten van de inventarisatie voor de proefregio inzake kindermishandeling verwachten?

In mijn brief van 9 mei 2003, kenmerk DBO-CB-U-2373948, inzake de subsidie voor de proefregio's RAAK heb ik u geïnformeerd over de selectie van de regio's en over het volgtraject.

De resultaten van de aanpak in de regio's zullen, nadat de regio's drie jaar hebben gedraaid, in de zomer van 2006 worden opgeleverd, waarna ik u van de resultaten op de hoogte zal stellen.

50.

In welke mate is de arbeidsmarktpositie (€ 46,8 miljoen) van de jeugdhulpverlening verbeterd?

In de CAO Jeugdhulpverlening is een aantal maatregelen doorgevoerd ter verbetering van de arbeidsmarktpositie van de jeugdhulpverlening. De belangrijkste maatregel is de aanpassing van het functiewaarderingssysteem gelet op de kwaliteitseisen die aan het personeel in de jeugdhulpverlening gesteld worden. Daarnaast zijn maatregelen genomen zoals: uitbreiding van mogelijkheden voor kinderopvang en ouderschapsverlof, preventie van ziekteverzuim en meer scholings- en opleidingsmogelijkheden. De jeugdhulpverlening kan met deze maatregelen qua arbeidsvoorwaarden concurrerend zijn met vergelijkbare sectoren binnen zorg en welzijn.

51.

Is het inkomensafhankelijk worden van de eigen bijdrage voor internaten en pleeggezinnen de (enige) oorzaak van de enorme stijging van de ontvangsten? Zo, nee wat zijn de overige oorzaken?

Inkomensafhankelijkheid is niet de oorzaak van de hogere ontvangsten.

In 2002 is € 1,1 mln (en niet € 2,2 mln) aan ouderbijdragen ontvangen van de Centrale Stichting voor Schippers- en Kermisjeugd (CENSIS). Dit valt lager uit dan de geraamde €1,7 mln. Oorzaak is dat CENSIS het laatste voorschot over 2002 niet in 2002 heeft overgemaakt naar VWS, maar dit in 2003 doet.

Naast de € 1,1 mln aan ouderbijdragen is de ontvangst van de verkoop van een onroerend goed (ruim € 1,1 mln) meegenomen in de telling.

52.

Wat was de reden voor het verlenen van uitstel voor het indienen van de jaarrekening over 2001 aan Censis? Op welke termijn wordt de jaarrekening wel ingediend?

Op grond van de nieuwe subsidieregeling die vanaf 1 januari 2001 van kracht is, ontvangt de Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd (CENSIS) jaarlijks een instellingssubsidie. Vervolgens verstrekt CENSIS jaarlijks een bijdrage aan de verschillende clusters die schippersinternaten exploiteren. Deze clusters dienen elk jaar een jaarrekening in bij CENSIS. Op grond van de jaarrekeningen van de verschillende clusters stelt CENSIS vervolgens zijn jaarrekening op en dient deze ter vaststelling van de verstrekte subsidie in bij VWS.

Ten aanzien van één van deze clusters - de stichting Meander - wordt momenteel gewerkt aan de financiële afwikkeling van de aankoop van een pand. De afwikkeling zal naar verwachting in juni afgerond worden. Hierna kan Meander haar Jaarrekening 2001 definitief opmaken en kan Censis dit als consoliderend orgaan ook doen.

53.

Op welke wijze is in 2002 uitvoering gegeven aan de nota 'Sport, bewegen en gezondheid'?

De uitvoering van de nota Sport, bewegen en gezondheid is in 2002 ter hand genomen. Er is een tijdelijk projectteam opgezet ten behoeve van de uitvoering van de voornemens uit de nota. De opzet en de eerste vorderingen op de hoofdthema's 'bewegen', 'blessurepreventie', 'anti-dopingbeleid', 'sportgezondheidszorg' alsmede het 'onderzoeksprogramma' zijn per brief van 8 november 2002, kenmerk S/SBG-2207470 aan uw Kamer kenbaar gemaakt.

In het Jaarverslag 2002 worden de activiteiten beschreven op bladzijden 18 en 19 (paragraaf 1.15) alsmede 124 en 125 (paragraaf 9.2.2.). De financiële verantwoording is vervat in onder de post 'verantwoorde sportbeoefening bij een breed publiek' (blz 125).

54.

Kan de regering een toelichting geven op de forse onderschrijding op zowel de post bevorderen van beoefening van topsport in Nederland (6.199.000 euro) als de post verantwoorde sportbeoefening bij een breed publiek (8.019.000 euro)? Hoe verklaart de regering dat de ontvangsten (8.131.000 euro) het begrote bedrag (113.000 euro) ver te boven gaan? Op welke wijze worden de niet benutte financiële middelen aangewend?

De onderschrijdingen zijn met name terug te voeren op het in 2002 herziene evenementen- en accommodatiebeleid. In totaal was hiervoor in 2002 een aanvullend bedrag van € 16 mln. beschikbaar. Alhoewel het hier om programmauitgaven gaat die in het kader van topsportbeoefening zijn geraamd was een bedrag van € 9 mln. onder de noemer 'verantwoorde sportbeoefening bij een breed publiek' begroot en de resterende € 7 mln. onder de noemer 'bevordering van topsport in Nederland'. Dit is bij 1e suppletore wet 2002 verhelderd. Dit leidt tot een +/- van € 9 mln. op het onderdeel breedtesport, daarnaast is er voor knelpunten binnen VWS aanvullend een bedrag van € 1 mln. op dit onderdeel afgeboekt. Bij 2e suppletore wet 2002 is hieraan een bedrag van € 2,1 mln. toegevoegd ten behoeve van het project 'sport digitaal'. Per saldo derhalve een onderuitputting van ca. € 8 mln. op dit onderdeel. Aangezien de voor het evenementen- en accommodatiebeleid benodigde wijziging in de subsidieregeling Welzijnsbeleid pas in december is doorgevoerd kon slechts € 0,4 mln. van het aanvullende budget hiervoor worden aangewend. De resterende € 15,6 mln. is voor € 9 mln. teruggevloeid in de schatkist. Een bedrag van € 6,6 mln. is 'meegenomen' in de eindejaarsmarge. Het restant 'verschil' is een saldo van uitgekeerde OVA-middelen, taakstelling en technische mutaties. De hogere ontvangsten zijn met name het gevolg van het terugvorderen van een bedrag van € 6,8 mln. van het Waarborgfonds voor de Sport. Bij 2e Suppletore wet bij de begroting 2001 is een amendement (TK 2001-2002; 28 145, nr. 5) ingediend voor de vorming van een fonds voor topsportevenementen en -accommodatiebeleid waarbij een bedrag van € 6,8 mln aan het budget is toegevoegd. Dit bedrag is in 2001 aan het Waarborgfonds voor de Sport verstrekt. Het eerdergenoemde herziene beleid voor topsportevenementen en accommodaties leidde tot het inzicht dat fondsvorming bij een derde partij niet opportuun was, vervolgens zijn nadere afspraken gemaakt met het Ministerie van Financiën. Dit heeft geleid tot de eerder toegelichte storting in de schatkist ter grootte van € 9 mln en het terugvorderen van de € 6,8 mln van het Waarborgfonds voor de Sport. In het bijzondere geval dat voor de uitvoering van het accommodatie- en evenementenbeleid, zoals vastgelegd in de subsidieregeling Welzijnsbeleid, het reguliere budget ontoereikend is, kan het in de schatkist gestorte bedrag van €15,8 mln. worden aangesproken. De overige ontvangsten betreffen terugvorderingen van niet bestede subsidiegelden.

55.

Wat wordt bedoeld met het 'experience-based risicomodel' bij de IGZ?

Het gericht houden van toezicht is alleen mogelijk, indien allerlei signalen op het gebied van de gezondheidszorg en de volksgezondheid door de IGZ worden opgevangen. Deze signalen worden met behulp van een risicoanalyse op waarde geschat. Op basis hiervan vindt een gerichte planning van de toezichtsactiviteiten plaats. Samen met het RIVM wordt gewerkt aan de ontwikkeling van geschikte risico-modellen. Het experience-based model is een risicomodel dat is gebaseerd op de ruime praktijkervaring van ervaren inspecteurs. In het evidence-based model wordt gewerkt met objectieve risico-indicatoren. Beide modellen vullen elkaar aan.

56.

Waarom heeft u geen doelstelling geformuleerd voor toezicht op het terrein van risico's bij marktwerking, v.b. administratieve lastendruk, administratieve fraude en met name ex-ante marktconcentratie? Welke lessen trekt u hierbij voor uw doelstellingen voor de komende jaren?

De IGZ richt zich in eerste instantie op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zelf. Bij het aangeven van noodzakelijke maatregelen tot verbetering, richt de IGZ zich vooral op de mogelijkheden van instellingen en beroepsbeoefenaren zelf. Daarnaast kan de IGZ uiteraard algemene signalen afgeven over invloeden van buitenaf daar waar die de kwaliteit en toegankelijkheid in het geding brengen. Het terugdringen van de administratieve lastendruk vindt

plaats in een apart traject waarin uitvoering wordt gegeven aan de voorstellen van de commissie De Beer. U, de Tweede Kamer, heeft daarover een implementatieplan ontvangen. Concentraties in de zorg worden getoetst door de Nederlandse Mededingingsautoriteit.

57.

Wat is de reden van de daling van de productie van de IGZ? Wat was de doelstelling?

De terugloop in het aantal algemene toezichtsbezoeken en quick scans is te wijten aan de volgende factoren. In 2001 werden bezoeken in het kader van thematische onderzoeken nog apart meegeteld bij het algemeen toezicht. Intussen worden zij niet meer apart in de productiecijfers opgenomen maar vormen een onderdeel van de zogenaamde thematische rapportages. Na correctie voor deze bezoeken bedraagt het aantal algemene toezichtsbezoeken en quick scans in 2001 2731. Daarnaast is het "gewicht" van de toezichtsbezoeken toegenomen. In 2002 vergde een gemiddeld toezichtsbezoek ruim 6% meer tijd dan in 2001. Dit komt overeen met ongeveer 140 bezoeken. De geraamde productie van het aantal algemene toezichtsbezoeken en quick scans in 2002 bedroeg 2440.

58.

Op pagina 138 van het Jaarverslag wordt wederom door de Inspectie geconstateerd dat de kwaliteitsborging in instellingen ernstig te wensen over laat, het jaarverslag laat wederom te weinig in concrete, kwantificeerbare doelstellingen zien wat op dit terrein de resultaatverplichtingen zijn die de overheid als kwaliteitsborger aanhoudt. Zou hierop een toelichting kunnen worden gegeven en wederom, is de minister voornemens die kwaliteitsborging aan te scherpen?

Met mijn brief "Kwaliteit van zorg" van 4 december jongstleden (kenmerk IBE/I-2340727) heb ik de kamer aangegeven wat de hoofdlijnen zijn van een vernieuwend en aangescherpt kwaliteitsbeleid. Kort en bondig zijn dit: Partijen meer aanspreken op hun verantwoordelijkheid, Meer ruimte voor het veld, Meer transparantie en afleggen van verantwoording, Betere borging van kwaliteit, Meer aandacht in opleidingen voor kwaliteitsbeleid en ICT als onmisbaar hulpmiddel bij kwaliteit. Deze brief is mijn antwoord op de in de evaluatie van de Kwaliteitswet genoemde knelpunten, op publicaties waarin het probleem van achterblijvende innovaties in de zorg en de zorgorganisatie beschreven worden en op de publicatie van de IGZ "Staat van de gezondheidszorg" van december 2002, waarin terecht gewezen wordt op het probleem van de achterblijvende borging. In deze brief heb ik 7 concrete actiepunten aangegeven om aan deze aanscherping concreet invulling te geven. Thans maak ik hierover afspraken met vele partijen in de zorg.

59.

In hoeverre gebruiken de gemeenten het landelijk Protocol Wvg? Wanneer gemeenten zich niet houden aan het protocol, worden zij daar dan op afgerekend?

Begin januari 2003 is een quick scan uitgevoerd naar de stand van zaken bij gemeenten met betrekking tot de implementatie van het Wvg-protocol. De respons van het onderzoek was erg hoog: 440 van de 496 gemeenten (89%) zijn telefonisch geïnterviewd. De resultaten van deze quick scan zijn op 1 april aan de Tweede Kamer aangeboden. Hieruit bleek dat op basis van de algemene vragen over de uitvoering van het Wvg-protocol 40% van de gemeenten aangaf dat het beleid ten tijde van de vaststelling van het protocol reeds conform het protocol was. Bij 7% van de gemeenten was het beleid inmiddels aangepast en conform het protocol. Van de 35% gemeenten die aangaf actie te hebben ondernomen, verwachtte het overgrote deel (70%) dat het beleid in 2003 in lijn met het protocol zal zijn. In 15% van de gemeenten was nog geen actie ondernomen en 3% van de gemeenten had de vraag niet beantwoord.

Het Wvg-protocol is tot stand gekomen na intensief overleg met gebruikersorganisaties en de VNG. Zij hebben het protocol ook mede ondertekend en met de VNG is afgesproken dat zij zal bevorderen dat gemeenten het protocol zullen uitvoeren. Het protocol heeft geen formele juridische status waarop gemeenten kunnen worden afgerekend.

60.

Zijn bij de genoemde achterstanden van de indicaties van RIO's ook de indicaties in het kader van de WVG meegenomen?

De in de tabel op blz 170 opgenomen aantallen zijn gebaseerd op het totaal aantal aanvragen voor *een indicatie V&V*; hierin zijn derhalve niet de Wvg-indicaties meegenomen.

61.

Waarom en op grond van welk besluit is de prijsbijstelling ad 18,837 miljoen niet regulier toegevoegd en waarom en op grond van welk besluit is de taakstelling ad 27,9 miljoen niet gerealiseerd, c.q. zijn de amendementen Arib en Oudkerk niet uitgevoerd?

De prijsbijstelling wordt jaarlijks door het ministerie van Financiën aan de budgetten toegevoegd. In 2002 heeft het kabinet besloten dat een kwart van de totale prijsbijstelling aan de VWS-begroting wordt toegevoegd. De Minister van VWS is bevoegd deze naar eigen inzicht aan te wenden. De prijsbijstelling tranche 2002 is ingezet voor de invulling van het VWS-deel van de subsidietaakstelling uit het Strategisch Akkoord 2002. Voor de Brede doeluitkering jeugdhulpverlening is de prijsbijstelling wel volledig toegekend. Het bedrag dat in 2002 vrijviel is ingezet voor afkoop van de BTW-compensatie op de huisvestingskosten van de Voedsel en Waren Autoriteit. Overigens betrof de prijsbijstelling tranche 2002 een bedrag van € 9,4 miljoen. De genoemde € 18,837 miljoen heeft betrekking op een geparkeerde taakstelling.

Ten aanzien van de uitvoering van de amendementen van Arib en Oudkerk heb ik in de brief van 24 januari 2002 aan de voorzitter van de VC voor VWS (FEZ-U-2 252 858) een voorbehoud gemaakt. Dit voorbehoud had betrekking op de dekking van de uitgaven (in totaal € 27,9 miljoen), zijnde extra opbrengsten uit kortingen en bonussen. Volgens de, binnen het vorige Kabinet afgesproken, regels budgetdiscipline dienen binnen een departement meevallers aangewend te worden voor tegenvallers. Toepassing van de regels leidt ertoe dat extra opbrengsten uit kortingen en bonussen moeten worden ingezet ter dekking van een tegenvaller. Eventuele extra opbrengsten uit kortingen en bonussen zouden in 2002 ingezet moeten worden voor de nog niet ingevulde taakstellingen in het geneesmiddelenkader. Daarmee verviel de dekking van de amendementen Arib en Oudkerk en konden deze niet worden uitgevoerd.

62.

Is in de kosten ten laste van het budget van de Stichting Koppeling (toegankelijkheid gezondheidszorg voor illegalen) verrekend de kosten die door illegalen via pasjesfraude zijn gemaakt?

Neen. De Stichting Koppeling dient jaarlijks bij de rijksoverheid een subsidieverzoek in dat is gebaseerd op het verwachte beroep dat zorgverleners in de eerstelijnszorg en de AWBZ-gefinancierde zorg op de Stichting zullen doen. De Stichting Koppeling compenseert zorgverleners voor niet betaalde medisch noodzakelijke behandelingen aan onverzekerde vreemdelingen zonder wettig verblijf die niet over eigen financiële middelen beschikken. Het budget van de Stichting Koppeling wordt dus uitsluitend vastgesteld op grond van verrichte behandelingen.

63.

Kan een toelichting worden gegeven op de onderschrijding bij de post programma-uitgaven sociaal beleid? Kan specifiek worden aangegeven in hoeverre en op welke wijze het budget voor vrijwilligerswerk is aangewend?

De onderschrijding bij de post programma-uitgaven sociaal beleid doet zich grotendeels voor op het onderdeel Scholen voor aspirant vrijwilligers. Hierop resteert een bedrag van € 2,68 mln omdat niet alle gemeenten c.q. provincies een uitkering in het kader van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk hebben aangevraagd. Ook is er uit dit budget € 0,37 mln naar de apparaatsuitgaven overgeheveld.

Uit het budget voor vrijwilligerswerk van € 21,795 mln. is € 7,8 mln aan uitkeringen naar de gemeenten overgemaakt. Voor ondersteuning aan gemeenten in het kader van bovengenoemde regeling heeft de Vereniging Nederlandse Gemeenten € 0,3 mln ontvangen. Aan de VTA instel-

lingen is in 2002 € 10,9 subsidie verleend. De onderschrijving op dit onderdeel is zoals bovengenoemd € 2,68 mln.