

**BIJVOEGSEL****Schriftelijke antwoorden van de bewindslieden van VWS, op vragen gesteld tijdens de eerste termijn van het debat over de Begroting VWS 2011**

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over de poli voor kinderen met alcoholproblemen*

De subsidieaanvraag voor de volgende fase van het proefproject met poli's voor kinderen met alcoholproblemen is 18 oktober jl bij mij ingediend. Dit verzoek wordt momenteel getoetst. Daarbij wordt zowel naar de inhoud als naar de budgettaire inpasbaarheid gekeken. Als de subsidieaanvraag deze toets doorstaat kan overgegaan worden tot verlenging van de subsidie. Ik sta daar op zich positief tegenover.

*Antwoord op het voorstel van het kamerlid Van der Veen (PvdA) om verzekeraars te verplichten een gedeelte van hun budget aan preventie uit te geven*

Het voorstel om verzekeraars te verplichten een gedeelte van hun budget aan preventie uit te geven past niet bij de wijze waarop we ons verzekeringsstelsel hebben ingericht. Om te beginnen is er geen budget voor verzekeraars. Zij hebben inkomsten uit nominale premies en bijdragen uit het zorgverzekeringsfonds om uitgaven voor wettelijk verankerde aanspraken te dekken.

*Antwoord op de vragen van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over het voorstel om de zorgtoeslag te gebruiken voor een meer inkomensafhankelijke premie*

Voorafgaand aan de invoering van de zorgverzekeringswet is uitvoerig gediscussieerd over de vraag of de nominale premie hoog of laag zou moeten zijn.

Een hoge nominale premie maakt mensen er meer van bewust dat gezondheidszorg kostbaar is.

Dit kabinet wil die keuze handhaven. Een belangrijke reden daarvoor ligt in de forse inkomensgevolgen die elke verandering teweegbrengt zonder dat daar een evident sterkere prikkelstructuur voor in de plaats komt. Wat het artikel van Schut en Van der Ven betreft:

Ze zijn altijd een voorstander van een lage nominale premie geweest; met hun jongste pleidooi voor een nominale premie van 0 euro trekken zij die lijn consequent door. Hun bewering in datzelfde artikel dat de zorgtoeslag eenvoudigweg kan verdwijnen is echter te kort door de bocht.

De zorg volledig via een procentuele premie financieren zoals dat nu ook gebeurt bij de AWBZ betekent dat de belastingtarieven in de eerste en tweede schijf in 2011 met ruim 5% moeten stijgen. Een alleenstaande met wettelijk minimumloon gaat dan al snel per saldo een bedrag in de orde van ? 500 per jaar meer betalen:

- geen nominale premie meer maar ook geen zorgtoeslag (= ca € 500 voordeel) en
- ruim 5% extra belasting (= ca € 1000 nadeel)

– Ook zal het tarief van de 2e schijf hoger worden dan het tarief van de 3e schijf, waardoor ook de 3e en de 4e schijf bij de heffing moeten worden betrokken. Dat zijn geen goede maatregelen met het oog op de werkgelegenheid. Bovendien: Inkomenspolitiek hoort niet thuis in de financiering van zorg maar in de afwegingen die bij het algemene koopkrachtbeeld worden gemaakt.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over de verbetering van het inzicht in de kwaliteit van de zorg*

Ik ben het van harte met u eens dat transparantie over kwaliteit een eerste voorwaarde is om uiteindelijk te komen tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Maar het programma Zichtbare Zorg is geenszins «op sterven na dood». Kijk maar naar de resultaten tot dusver. Inmiddels staan prestatie-indicatoren op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) over zorgverzekeraars (onder andere ervaringen van verzekerden), ziekenhuizen (basisset indicatoren IGZ en aandoeningsspecifieke informatie over ziekenhuizen), verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen (normen voor verantwoorde zorg en ervaringen cliënten). In 2012 zullen vrijwel alle prestatie-indicatoren waarover sinds 2007 afspraken zijn gemaakt beschikbaar komen op [Kiesbeter.nl](http://Kiesbeter.nl). Door publicatie van een Ministeriële regeling is verantwoording door zorgaanbieders door middel van prestatie-indicatoren/normen verantwoorde zorg, die in het kader van het traject Zichtbare Zorg zijn ontwikkeld, verplicht geworden. Die verantwoording moet opgenomen worden in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording of het kwaliteitsjaerverslag. Er is wel behoefte aan verbeteringen in het programma waardoor de doeltreffendheid toeneemt. Mijn ministerie is daarom in gesprek met de betrokken partijen om structurele wijzigingen aan te brengen in de aansturing van het programma.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over de wettelijke verankering van de beloningscode bestuurders in de zorg (BBZ)*

De BBZ is pas op 1 september 2009 in werking getreden. Dus kan nu nog niet echt de conclusie worden getrokken dat deze niet zou werken. Hij geldt overigens voor nieuw aan te treden bestuurders, niet voor zittende bestuurders. De aanpak van de inkomens van bestuurders in de publieke en de semipublieke sector wordt geregeld in het voorstel van de wet Normering Topinkomens (WNT). Die wet is voorbereid door de minister van BZK, die hem ook gaat indienen. Tijdens het vragenuurtje op 2 november 2010 heeft minister Donner de Kamer over de stand van zaken bij de WNT ingelicht: na verwerking van het advies van de Raad van State zal het voorstel zo spoedig mogelijk aan de Kamer worden aangeboden. Na inwerkingtreding van de WNT heb ik als vakminister pas een instrumentarium om naleving van de norm dwingend op te leggen voor zover dat nodig blijkt.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Veen (PvdA) over het afschaffen van de werelddekking voor kosten van medische zorg bij tijdelijk verblijf buiten de EU*

Het is de bedoeling om door middel van wetswijziging

de kosten van medische zorg bij tijdelijk verblijf buiten de EU uit de Zvw te halen. Inderdaad moet een Zvw-verzekerde daarvoor dan een (particuliere) reisverzekering afsluiten of de kosten zelf betalen.

Bij de vormgeving van de wetswijziging wordt uiteraard rekening gehouden met mensen die voor hun werk zijn uitgezonden naar een land buiten de EU en op grond van dat werken Zvw-verzekerd zijn gebleven. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om diplomaten en gedetacheerde werknemers. Voor dergelijke groepen wordt, net als in het wetsvoorstel AWBZ-zorg buitenland, een voorziening getroffen waarbij zij wel zorg buiten de EU kunnen krijgen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wolbert (PvdA) over de budgetgarantie voor oudereninitiatieven*

Personen met een AWBZ-indicatie voor verblijf kunnen ervoor kiezen om deze zorg zowel in een instelling als thuis, al dan niet in de vorm van een pgb, te ontvangen. Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging in 2007 was nog niet duidelijk hoe in de toekomst de hoogte van het pgb voor verblijfsgeïndiceerden zou worden vastgesteld. Om deze reden heeft de vorige staatssecretaris besloten een budgetgarantie voor bestaande pgb-houders in te stellen. Deze budgetgarantie is tussentijds verlengd tot eind 2011. In overleg met betrokken partijen (Per Saldo, ZN, CVZ en CIZ) is er op verzoek van de vorige staatssecretaris een voorstel ontwikkeld hoe om te gaan met de budgetgarantie voor deze budgethouders. Dit voorstel bestudeer ik nu zorgvuldig. Binnenkort zal ik een brief over het pgb naar de Kamer sturen, waarin ik mijn standpunt over dit advies van deze werkgroep zal geven.

*Antwoorden op de vragen van de kamerleden Wolbert (PvdA) en Venrooy (VVD) over de korting van € 200 miljoen op het Wmo-budget*

In de begroting 2011 is een verlaging van € 200 miljoen van het Wmo-budget opgenomen. De verlaging van € 200 miljoen bestaat uit twee delen. In de eerste plaats wordt er vanuit gegaan dat er voor de PGB-uitgaven in de Wmo € 150 miljoen minder nodig is. Ook het SCP – de onafhankelijke derde – constateert in haar advies over het Wmo-budget 2011 dat sprake is van een overschatting van deze uitgaven. Het tweede deel bestaat uit een korting van € 50 miljoen. Het gaat hier om door de gemeenten te realiseren doelmatigheidswinst door meer gebruik te maken van collectieve voorzieningen in plaats van individuele voorzieningen. Deze korting was door het vorige kabinet reeds verwerkt in de begroting 2010. Naar mijn overtuiging is het thans beschikbaar gestelde Wmo-budget voor gemeenten voldoende om de Wmo op een verantwoorde manier uit te voeren. Met de VNG is hierover overleg geweest.

Voor de goede orde merk ik hierbij nog op dat ten tijde van de kabinetsformatie een mogelijke tweede korting van 200 miljoen op de WMO-uitgaven (totaal dus 400 miljoen) aan de orde is geweest. In de Economische Verkenningen 2011–2015 (maart 2010) heeft het CPB namelijk (technisch) verondersteld dat een deel van de groei van de zorgkosten wordt opgebracht door hogere eigen betalingen in de Wmo. Hogere eigen betalingen in de Wmo komen ten gunste van gemeenten, waardoor volgens het CPB het Wmo-budget met € 200 mln

verlaagd zou kunnen worden. Deze (andere) korting is niet overgenomen door het kabinet.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wolbert (PvdA) over afstandsindicaties voor verblijf in doveninternaat te Haren voor het volgen van voortgezet onderwijs*

Mevrouw Wolbert doelt op het afgeven van «afstandsindicaties» voor het doveninternaat te Haren waar dove leerlingen tweetalig voortgezet onderwijs volgen. Met «afstandsindicaties» wordt bedoeld indicaties voor de AWBZ-functie verblijf, waarbij niet de zorg maar het onderwijs op een niet te bereizen afstand beschikbaar is, namelijk op langer dan één uur reizen. Er zijn in dit geval geen zorginhoudelijke gronden om AWBZ-verblijf te indiceren. Tot en met het schooljaar 2008–2009 werden, als onderwijs op een niet te bereizen afstand beschikbaar was, AWBZ-indicaties afgegeven door het CIZ. Vanuit de ambitie om duidelijker aan te geven waar de grenzen liggen voor het toekennen van AWBZ-verblijf hebben de voormalig staatssecretarissen Bussemaker en Dijkema in juli 2009 afspraken gemaakt om het afgeven van «afstandsindicaties» ten behoeve van het volgen van onderwijs vanaf het schooljaar 2009–2010 te beëindigen. Op 12 juli 2010 heeft de voormalig demissionair minister van Onderwijs Rouvoet in brieven aan de betrokken partijen (o.a. FODOK, VGN en aanbieder Kentalis) aangegeven dat hij zich blijft inspannen voor een zo goed mogelijk onderwijsaanbod voor dove leerlingen binnen de kaders en doelstellingen van de huidige wet- en regelgeving en passend onderwijs. In de brieven heeft de voormalig minister van Onderwijs Rouvoet de partijen uitgenodigd om met OC&W over de problematiek te overleggen.

Zowel het herstellen van de situatie die eindigde in het schooljaar 2008–2009 als het creëren van een nieuwe uitzondering op de regelgeving voor verblijf passen niet in het streven duidelijk aan te geven waar de grenzen liggen voor het toekennen van AWBZ-zorg. Ik zie dan ook geen aanleiding terug te komen op de eerder gemaakte afspraken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over het effect van vergrijzing en technologie op de groei van de zorg (op de lange termijn)*

De huidige budgettaire verwachtingen impliceren een reële lange termijn groei van de zorguitgaven die fors boven de groei van het BBP uitkomt (ca. 1¾% op de lange termijn). Zo geeft het RIVM bijvoorbeeld in de VTV2010 aan dat bij de huidige trends de zorgsector in de komende decennia reëel met 4 à 5% per jaar groeit. Dit kabinet neemt een aantal maatregelen ten behoeve van de houdbaarheid van de zorg (pakketmaatregelen, doorontwikkeling gereguleerde concurrentie). Desalniettemin blijven kostenopdrijvende trends zoals de vergrijzing en de toenemende technologische mogelijkheden zonder meer een belangrijke rol spelen in de groei van de zorguitgaven, ook na deze kabinetsperiode. Ik onderken dit en werk dit verder uit samen met het CPB (scenariostudie gericht op financiën, zorg en arbeidsmarkt).

Ik verwijs u verder naar de volgende studie die zijn gedaan naar toekomstscenario's van de zorg:  
– *Volksgesondheids toekomstverkenning 2010* van het RIVM

– *Vergrijzing verdeeld: toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën van het CPB.*

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over de numerus fixus*

In het regeerakkoord staat dat de numerus fixus in vijf jaar zal worden afgeschaft. Samen met OCW werk ik op dit moment een aantal scenario's uit om aan de afspraak in het Regeerakkoord tegemoet te komen. In onze reactie op het RVZ-advies *Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden*, waarin voorgesteld wordt om in vijf jaar de numerus fixus af te schaffen, zullen we de nadere stappen uitwerken. Ik verwacht in het eerste kwartaal van 2011 te reageren op het advies van de RVZ.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over assistentie van de huisarts door een arts-assistent bij bepaalde handelingen*

Een doktersassistent mag bepaalde eenvoudige medische handelingen uitvoeren, zoals het uitspuiten van oren of het toedienen van vaccins. Om dit te mogen doen, moet de doktersassistent bekwaam zijn in het uitvoeren van de handeling en staat deze daarbij onder toezicht van de huisarts. Ook de praktijkondersteuner huisarts (POH) levert een eigenstandige bijdrage in de patiëntenzorg. De POH heeft meer bevoegdheden dan een doktersassistent en ondersteunt de huisarts bij de uitvoering van een aantal medische handelingen. Binnen de huisartsenzorg zijn er door taakherschikking meer functies ontstaan. In nauwe samenwerking met artsen leveren deze zorgverleners een eigen bijdrage aan de patiëntenzorg. Nieuwe beroepen (zoals de verpleegkundig specialist en de physician assistant) nemen taken van huisartsen over. In uw Kamer ligt een voorstel voor een wijziging van de Wet BIG, op basis waarvan geregeld gaat worden dat verpleegkundig specialisten en physician assistants zelfstandig voorbehouden handelingen mogen gaan indiceren en verrichten. Taakherschikking biedt de mogelijkheid om ook in de toekomst de toegankelijkheid van de basiszorg te waarborgen. Door het groeiend aantal chronisch zieken en de ouder wordende bevolking, zal de werkdruk van huisartsen toenemen. Alleen door slimmer te organiseren en gebruik te maken van de capaciteiten van nieuwe zorgverleners, is het mogelijk om de toegankelijkheid van relatief eenvoudige basiszorg in de buurt te blijven aanbieden. De ontwikkeling van nieuwe beroepen stimuleert de taakherschikkingen en de substitutie, zowel tussen tweede en eerste lijn als tussen de verschillende aanbieders in de eerste lijn. Dat komt de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg ten goede.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over de verbetering van de bereikbaarheid van huisartsen*

De eerste concrete stap hierin is het IGZ onderzoek naar de telefonische bereikbaarheid bij huisartsen, dat aan het einde van dit jaar door de IGZ wordt afgerond. Dit rapport is een vervolg op het rapport in 2009, waarin werd geconcludeerd dat met name de bereikbaarheid bij niet-spoedgevallen ondermaats was. Op basis van de

uitkomsten zal ik – zo nodig – maatregelen nemen. Ik zal de Tweede Kamer hier begin 2011 over informeren. In aanvulling op het onderzoek van de IGZ naar telefonische bereikbaarheid, constateer ik dat mensen met name in de Avond-, Nacht- en Weekenduren, een vertrouwd en goed bereikbaar aanspreekpunt missen waar ze met hun zorgvragen terecht kunnen. Het is gebruikelijk dat huisartsen om 17 uur de praktijk sluiten, en dat bijvoorbeeld werkende ouders en ouderen zijn aangewezen op de spoedzorg die wordt geleverd op de huisartsenpost en in de SEH. Deze spoedzorg is schaars en ligt vaak op grotere afstand van de zorgvrager. Volgend jaar wil ik met een actieplan komen om de bereikbaarheid van deze reguliere zorg in de buurt te vergroten. Dit betreft niet alleen de bereikbaarheid van de huisarts, maar ook de inzet van andere zorgaanbieders (zoals de wijkverpleegkundige en de POH), nieuwe toetreders en de rol van verzekeraars. Ook de ontwikkelingen op het gebied van e-health zal ik hierbij betrekken. In het actieplan zal ik mij concentreren op de meest effectieve maatregelen. Ik denk hierbij aan het verlagen van drempels voor nieuwe initiatieven, maar ook aan het stimuleren van aanbieders via bekostigingsprikkels.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over de Canadese walk-in-centers (als voorbeeld voor de Nederlandse situatie)*

In Canada zijn de walk-in-centers populair omdat de medische zorg makkelijk toegankelijk is gemaakt voor iedere burger. Iedereen kan binnenlopen om eenvoudige aandoeningen en verwondingen te laten behandelen. Er is sprake van een combinatie van reguliere en acute basiszorg onder één dak. De toegankelijkheid is in Nederland (net als in Canada) op zich goed georganiseerd. Het idee van een inloopcentrum in Nederland is gesuggereerd door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg in zijn recente rapporten. Daarbij gaat het om een goede invulling van de poortwachtersfunctie in de zorg, waarbij aandacht wordt gegeven aan preventie en zelfmanagement. In de praktijk zie ik de ontwikkeling van bredere zorgcentra op wijkniveau her en der ontstaan. Het gaat dan om relatief laagdrempelige samenwerkingsverbanden op één locatie, waarbij de samenwerking zich niet beperkt tot de «reguliere» eerstelijns, maar juist breder gestalte krijgt. Bijvoorbeeld centra met daarin huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en een Centrum voor Jeugd en Gezin en/of WMO-loket. Gezondheidsproblemen worden op die manier vroeg gesignaleerd en kunnen daarna snel worden doorverwezen en behandeld. Het idee van deze samenwerkingsverbanden vind ik zeer sympathiek. Het sluit nauw aan bij mijn idee om de zorg beter in de wijk te organiseren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) of de minister in overleg kan treden met de sector over het schrappen van regels. Kan daarbij tevens meer vertrouwen uitgedragen worden, gecombineerd met een stevige aanpak bij overtredingen (high trust, high penalty)*

Ik zet stevig in op loon naar prestatie en meer ruimte voor zorgondernemerschap. Het gevolg zal zijn minder regels. Een voorbeeld: Bij volledige invoering van prestatiebe-

kostiging zullen allerlei regels die verbonden waren aan de oude budgetbekostiging overbodig worden. Een high trust, high penalty benadering past daarbij. Een dergelijke benadering gaat immers uit van minder regeldruk, maar wel van heldere afspraken vooraf over te bereiken resultaten of kwaliteitsnormen die gehanteerd moeten worden en vervolgens, indien niet wordt voldaan aan die kwaliteitsnormen, het zo nodig treffen van zware sancties.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Mulder (VVD) over meer transparantie in de zorg en de rol van de zorgverzekeraars (CZ)*

Patiënten moeten kunnen kiezen voor passende zorg van goede kwaliteit. Dat er iets te kiezen valt wordt steeds duidelijker. Er is verschil in de kwaliteit die door verschillende instellingen wordt geleverd en dat wordt inmiddels breed onderschreven door instellingen, verzekeraars en specialisten. Doordat zorgverzekeraars kwaliteitsaspecten een steeds grotere rol laten spelen bij zorginkoop wordt het totstandkomen van kwaliteitsnormen bevorderd. Dr Yep is een initiatief dat verschillen in kwaliteit inzichtelijk maakt met steun medisch specialisten. Ik juich dat toe. Betrouwbare informatie over de kwaliteit van de zorg is een eerste voorwaarde om uiteindelijk te komen tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het terugdringen van over- of onderbehandeling.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy (VVD) over de uitwerking van scheiden van wonen en zorg*

Het scheiden van wonen en zorg is een prima maatregel als het gaat om het versterken van de positie van de cliënt in diens keuzes ten aanzien van zijn huisvesting. Ik besef dat dit een ingewikkelde operatie is. Toch is het van belang op korte termijn resultaat te boeken. Om die reden zal ik de mogelijkheden verkennen om op korte termijn betekenisvolle stappen te zetten. Hierbij denk ik aan een gefaseerde aanpak, waarbij ik de verkenning wil starten bij de lichte (somatische) cliëntengroepen in de verzorgings- en verpleeghuizen. Deze gefaseerde aanpak wil ik combineren met verdere stappen op het terrein van integrale tarieven.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy (VVD) op grond van welke afspraken het besluit is genomen om de pgb-tarieven in 2011 met 3% te verlagen en niet te indexeren*

Deze maatregel van het vorige kabinet is aangekondigd tijdens het Algemeen Overleg over bezuinigingsvoorstellen in de zorgsector van 30 juni jl. en in de VWS-begroting 2011.

Omdat de zorgkantoren gemiddeld lagere prijzen hebben afgesproken is het ook redelijk dat de vergoedingen in het pgb worden aangepast.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy (VVD) over geruchten m.b.t. een eventuele voortzetting van de pgb-stop*

Mijn streven is om voldoende financiële middelen voor het pgb beschikbaar te hebben om mensen die kiezen voor pgb en personen op de pgb-wachlijst van een pgb

te voorzien. Ik vind het onzorgvuldig om de pgb-stop op te heffen, om vervolgens deze pgb-stop weer in de loop van het jaar te moeten inzetten als blijkt dat de financiële middelen ontoereikend zijn. Ik bekijk op dit moment of de verwachte financiële effecten van maatregelen, zoals genomen door het vorige kabinet, in relatie tot de beschikbare middelen voor het pgb in 2011 toereikend zullen zijn om de pgb-stop per 1 januari te kunnen opheffen. Deze maand zal ik over het pgb een aparte brief naar de Kamer sturen, waarin ik u hierover zal informeren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy (VVD) over ondertekening van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*

Nederland heeft het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap ondertekend. Het wetsvoorstel voor de goedkeuring van het VN-Verdrag wordt nu interdepartementaal voorbereid. Het concept van het wetsvoorstel voor consultatie zal ik voorleggen aan het maatschappelijk middenveld. Na ontvangst van de reacties zal ik bezien in hoeverre de tekst voor het wetsvoorstel moet worden aangepast en wat dit betekent voor het verdere tijdpad.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy (VVD) over maatregelen ten aanzien van de volgende aanbesteding collectief vervoer (Valys) zodat dit weer bereikbaar wordt voor iedereen met een indicatie*

Bij een nieuwe aanbestedingsprocedure zal ik bij het opstellen van het programma van eisen aandacht besteden aan de toegankelijkheid van het materieel, uiteraard rekening houdend met de specifieke beperkingen van de doelgroep, het beschikbare budget, veiligheidseisen en de technische mogelijkheden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy (VVD) over een visie onafhankelijke cliëntondersteuning (MEE)*

Ik kom graag in het voorjaar met een visie op cliëntondersteuning in de Wmo en door MEE.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Venrooy over de cliëntorganisaties in relatie tot het fonds pgo, in relatie tot de begroting 2011*

Patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (pgo-organisaties) komen in aanmerking voor een subsidie op grond van de Subsidieregeling PGO. Het Fonds PGO voert deze subsidieregeling uit en verstrekt de subsidies aan de pgo-organisaties. Voor 2011 worden de subsidies conform de huidige regeling verstrekt. Wel ga ik de consequenties van de subsidietaakstelling van € 10 miljoen euro in 2011 nog nader bezien. Deze slaat mogelijk deels neer bij pgo-organisaties. Over de concrete invulling van deze taakstelling zal ik u uiterlijk bij Voorjaarsnota 2011 informeren. Ook zal ik u medio 2011 informeren over de actualisatie van de subsidieregeling PGO zoals deze naar verwachting vanaf 1 januari 2012 gaat gelden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Burg (VVD) over de Justitiële inrichtingen*

Ik heb met de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie afgesproken dat VWS met open oog en oor kijkt naar de mogelijkheden om gebouwen en personeel van justitiële jeugdinstellingen te gebruiken voor gesloten jeugdzorg en andere zorgvoorzieningen. Voor de uitkomst daarvan verwijs ik naar de brief over een capaciteitsplan justitiële jeugdinstellingen die de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie binnenkort aan de Tweede Kamer zal toezenden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Burg (VVD) over inzet van capaciteit op het consultatiebureau voor risicokinderen*

Ik vind het belangrijk dat de jeugdgezondheidszorg de ontwikkeling van alle kinderen goed volgt. Dit is nodig om tijdig te kunnen signaleren of extra zorg nodig is. Veel jeugdgezondheidszorg-organisaties, bijvoorbeeld in Rotterdam, zijn op zoek naar nieuwe werkwijzen. Zij willen meer rekening houden met de behoeften van het individuele kind en het gezin. Dat kan betekenen dat sommige kinderen vaker en andere kinderen minder vaak worden gezien. Met het ZonMw-programma Vernieuwing uitvoeringspraktijk jeugdgezondheidszorg, waarvoor in 2009 opdracht is gegeven, wil ik ervoor zorgen dat deze nieuwe werkwijzen op effectiviteit worden onderzocht. Waar dit het geval is, kunnen deze breder worden ingezet. Via de BDU-CJG zijn overigens ook extra middelen beschikbaar gekomen die gemeenten kunnen inzetten voor risicokinderen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Burg (VVD) over de invoering van een opleiding tot jeugdzorgwerker en het beter opleiden van HBO'ers tot gezinsvoogd*

Via het actieplan professionalisering worden twee beroepen in de jeugdzorg geprofessionaliseerd, namelijk die van jeugdzorgwerker en die van gedragswetenschapper in de jeugdzorg. Beide beroepen dienen eind 2012 wettelijk te zijn geborgd met een registratie, ethische code en als sluitstuk het tuchtrecht. Hiervoor zijn door de stuurgroep professionalisering onder leiding van Ella Kalsbeek diverse stappen gezet. Zo is in juni 2010 het landelijk uitstroombroefiel Jeugdzorgwerker vastgesteld, waardoor HBO-studenten eenduidiger en beter worden voorbereid op het werken in de jeugdzorg. De beroepsverenigingen, werkgevers, cliënten en de HBO-raad dienen eind 2010 een plan in hoe zij dit traject gaan realiseren. Ik heb hen ook gevraagd een plan te maken voor een traineeship, waarmee afgestudeerde jeugdzorgwerkers 1 jaar onder begeleiding van een mentor in de praktijk kunnen groeien.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Burg (VVD) over het digitaal dossier en de verwijfsindex risicojeugdigen*

De stand van zaken wat betreft de invoering van digitale dossiers in de jeugdgezondheidszorg was op de laatste peildatum van 6 september 2010, dat 63% van de JGZ-instellingen gedigitaliseerd was. Op dit moment is de Verwijsindex risicjongeren in 401 van de 431 gemeenten geïmplementeerd. Een klein aantal gemeenten in Overijssel en in Zuid-Holland is nog niet aangesloten op de verwijfsindex. Ook de gemeente Amsterdam is

nog niet aangesloten. Naar verwachting zullen alle gemeenten voor 1 januari 2011 zijn aangesloten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Burg (VVD) over een overzicht van de capaciteit en mankracht van alle bestaande en geplande instellingen voor gesloten jeugdzorg, gehandicapten, justitiële inrichtingen en AWBZ-instellingen*

Om overcapaciteit van justitiële jeugdinstellingen zoveel mogelijk te voorkomen heeft VWS met het ministerie van Veiligheid en Justitie afgesproken dat VWS met open oog en oor kijkt naar de mogelijkheden om gebouwen en personeel van justitiële jeugdinstellingen te gebruiken voor gesloten jeugdzorg en andere zorgvoorzieningen. Inmiddels heeft dit overleg plaatsgevonden waarbij rekening gehouden is met de voorgenomen plannen voor nieuwbouw voor gesloten jeugdzorg en AWBZ-regelgeving en voorzieningen. Voor de uitkomst daarvan verwijs ik naar de brief over een capaciteitsplan justitiële jeugdinstellingen die de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie binnenkort aan de Tweede Kamer zal toezenden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de inhuur van externen en het aandeel van Plexus Medical Group*

In 2009 bedroegen de uitgaven externe inhuur circa € 55 mln. Dit betreft de uitgaven van het kerndepartement, de adviesraden, inspecties, het SCP en de batenlastendiensten. De totale kosten ambtelijk personeel bedroegen in 2009 € 285 miljoen. Het percentage inhuur externen bedraagt daarmee 16% en is hoger dan de norm van 13% in 2009. Het gaat dus niet om een overschrijding van 55 miljoen euro, maar om totale uitgaven aan externe inhuur van 55 miljoen. In 2011 geldt een norm van 10%. Het is mijn vaste voornemen om, in samenwerking met u, deze norm te gaan halen.

De belangrijkste oorzaken voor de uitgaven 2009 waren eenmalige en onverwachte gebeurtenissen als de Nieuwe Influenza A (H1N1) en de Q-koorts. Daarnaast zijn er ook extra kosten gemaakt voor de invoering van Elektronisch Patiënten Dossier. Daarnaast wordt voornamelijk ingehuurd voor beleidsadvies, automatisering en uitzendkrachten. Hierbij gaat het veel om tijdelijke projecten, opdrachten waarvoor specialistische kennis nodig is.

De uitgaven externe inhuur aan de Plexus Medical Group bedroegen in 2009 circa € 0,8 miljoen. De Plexus Medical Group heeft een bijdrage geleverd aan het vormgeven van het chronisch ziekenbeeld en werk verricht ten behoeve van het vergroten van transparantie van de kwaliteit van zorg (via Zichtbare Zorg). Daarnaast heeft de Plexus Medical Group nog een bijdrage geleverd aan meerdere projecten in het kader van Zichtbare Zorg en Kwaliteit met een kostenplaatje van 0,9 miljoen. Deze uitgaven vallen niet onder inhuur externen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de toekomst van het ministerie van VWS*

In Nederland hebben we een privaat stelsel met publieke randvoorwaarden, zoals acceptatieplicht, premie naar

draagkracht, toegankelijkheidswaarborgen en andere wetgeving die deze publieke randvoorwaarden bepalen. Het ministerie van VWS en de toezichthouders in de zorg zullen altijd nodig zijn voor het waarborgen van de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Zorgverleners moeten oog voor de wensen van mensen hebben en hun zorgverlening daarop afstemmen. Daarnaast bepaalt de overheid de kaders waarbinnen zorgverleners en zorgverzekeraars dienen te functioneren. De toezichthouders houden toezicht op deze kaders. Het is de taak van het ministerie van VWS en de toezichthouders om zorgverleners maximaal aan te zetten én in staat te stellen hun rol te vervullen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over winstgevendheid van ouderen en gehandicapten en de garantie dat ouderen en gehandicapten ook in de toekomst verzekerd blijven*

Ik wil graag een onderscheid maken tussen geld overhouden en winst uitkeren. Wanneer instellingen efficiënt werken, kunnen zij, bij het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg, bij een juiste bekostiging, aan het einde van het jaar mogelijk geld overhouden. Dit positieve resultaat kan je winst noemen. Op dit moment mag over zorgverlening aan gehandicapten en ouderen in instellingen geen winst uitgekeerd worden. Ik wil dat ook niet mogelijk maken. Dit is ook niet nodig omdat we als kabinet extra publieke middelen beschikbaar stellen voor het oplossen van grote uitdagingen in de zorg voor ouderen en gehandicapten. Overigens een positief resultaat wordt geherinvesteerd in de instelling. Overigens merk ik op dat iedereen die in Nederland woont of werkt, verzekerd is op grond van de AWBZ. Dat geldt ook voor ouderen en gehandicapten en dit zal niet veranderen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over het op de vingers tikken van huisartsen door zorgverzekeraars*

We hebben met ons gezondheidszorgstelsel verzekeraars de rol gegeven contracten met zorgaanbieders te sluiten voor de zorg van hun verzekerden. Het staat verzekeraars vrij om bijvoorbeeld aan een contract met een huisarts de voorwaarde te verbinden dat deze zich bij zijn handelen baseert op de medische richtlijnen. Als een verzekeraar aanwijzingen heeft dat de huisarts zich hier niet aan houdt, hetgeen bijvoorbeeld tot uitdrukking komt in een te uitbundig doorverwijsgedrag, mag de verzekeraar de huisarts op dit punt corrigeren. Daarnaast kan zorgverzekeraar een huisarts inzicht geven in zijn eigen handelen ten opzichte van zijn collega's. Beide interventies zijn van groot belang voor verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over de voorgestelde investeringen in de handen aan het bed*

Momenteel worden verschillende opties voor deze investeringen verder uitgewerkt. Het is uiteraard de bedoeling dat de middelen worden aangewend voor de doelen waarvoor zij zijn bedoeld: door extra investeren in kwaliteit en te investeren in 12 000 extra medewerkers. Goede afspraken met het veld over de aanwending van de middelen, maar ook over de resultaten van de

investeringen zijn hierbij van groot belang. De komende periode zal ik hierover met het veld in overleg treden om er zorg voor te dragen dat vanaf 2012 de middelen ook daadwerkelijk terecht komen ten gunste van de zorgverleners.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Leijten (SP) over zorg die niet draait om cijfers en kostenposten, maar een wezenlijk onderdeel uitmaakt van de samenleving*

Dit kabinet vindt de gezondheidszorg een groot goed. Gezondheidszorg is belangrijk onderdeel van onze samenleving. Sterker nog het is onze ambitie om de zorg dichter bij mensen te brengen. Een goede gezondheidszorg heeft naast een enorme maatschappelijke, ook een grote economische betekenis.

*Antwoorden op een zestal voorstellen van de SP*

Afschaffen CIZ:

Het kabinet hecht aan een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor de AWBZ. Het proces van indicatiestelling AWBZ moet echter wel van alle overbodige bureaucratische rompslomp worden verschoond en vergaand worden vereenvoudigd. Het CIZ voert die taak uit. Afschaffen van het CIZ is dan ook niet aan de orde. Wel moet het proces van indicatiestelling AWBZ vergaand worden vereenvoudigd. Daarom is het CIZ met ingang van 2010 gestart met taakmandatering voor herindicaties, waarbij zorgaanbieders het CIZ een indicatieadvies aanleveren, dat door het CIZ wordt omgezet in een indicatiebesluit. Zij kennen immers hun cliënten het beste en zijn bekend met hun sociale situatie. Van die kennis kan in het indicatieproces gebruik worden gemaakt. Dubbele uitvraag of het vragen naar de bekende weg kan zo worden voorkomen, het besluit kan sneller worden afgegeven, de cliënt weet sneller waar hij aan toe is en zo ook de zorgaanbieder, die de zorgverlening kan blijven continueren. Uiteindelijk wordt door het CIZ achteraf en steekproefsgewijs getoetst. Ook is het nu mogelijk voor cliënten om zelf digitaal een aanvraag voor AWBZ-zorg bij het CIZ in te dienen. Ook dit leidt tot een vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling. De overige maatregelen die het kabinet heeft genomen, staan in een brief aan de Tweede Kamer van 5 november 2009 (Kamer II 2009/10, 30 597, nr. 116). Dit alles moet uiteindelijk leiden tot het sterk vereenvoudigd afhandelen van de helft van de herindicaties die het CIZ jaarlijks behandelt.

Kleinschalige initiatieven:

De afgelopen jaren zijn er veel kleinschalige woonzorgvoorzieningen tot stand gekomen. Inmiddels is een breed ondersteuningsaanbod voor dit soort initiatieven ontwikkeld. Bij vervangende nieuwbouw van verpleeghuizen wordt meer en meer kleinschalig gebouwd. Inmiddels is duidelijk dat het door verzorgenden en bewoners vaak als prettiger wordt ervaren dan grote klassieke verpleeghuizen. Het lijkt dat deze ontwikkeling naar kleinschalige combinaties van zorg en wonen een vanzelfsprekend groeiproces is geworden. Ook politiek is daarvoor brede steun aanwezig zoals ook blijkt uit de voorstellen van de SP.

Geld naar zorgteams in plaats van grote zorginstellingen:

Het is aan zorgkantoren en in de toekomst zorgverzekeraars om AWBZ-zorg te contracteren. Kwaliteit van zorg en prijs moeten daarbij de belangrijkste criteria zijn. We zien een ontwikkeling naar betrekkelijk kleine zelfsturende teams voor de zorg aan huis. Maar veel van die zelfsturende teams werken in een groter organisatorisch verband. Hoe de organisatie precies vorm krijgt is minder belangrijk dan dat die zelfsturende teams hun eigen werk roosteren, organiseren en inhoudelijk vorm geven. Daarbij is niet alleen de relatie met de cliënt en zijn familie belangrijk maar ook een goed netwerk in de buurt: de huisarts, diensten uit de Wmo maar ook vrijwilligerswerk en bureaus en vrienden van de cliënt. Goede voorbeelden daarvan krijgen navolging ook door ondersteuning via het programma «in voor zorg». Bevorderen samenwerking tussen zorginstellingen en geen rol meer in de zorg voor de NMa:

- Samenwerking die de kwaliteit van zorg dient of de doelmatigheid verbetert, goed is voor cliënten en voldoende keuzemogelijkheden overlaat, is geoorloofd en zelfs wenselijk. Zorgaanbieders mogen dus samenwerken als dit ten dienste staat van cliënten.
- De NMa ziet er o.a. op toe dat zorgaanbieders de keuzemogelijkheden niet beperken of samen afspreken welke prijs ze zullen vragen. Toezicht op onder andere keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van cliënten is een gevolg van de keuze om in de langdurige zorg niet de aanbieder centraal te stellen maar de cliënt.

Instellen publieke zorgkantoren:  
Het instellen van publieke zorgkantoren in de AWBZ houdt de oude situatie in stand waarbij een patiënt die zowel AWBZ-zorg als Zvw-zorg nodig heeft, bij twee instanties moet aankloppen. Het kabinet wil de uitvoering van de AWBZ overdragen aan zorgverzekeraars, zodat patiënten die zorg nodig hebben uit de domeinen van zowel de Zvw als de AWBZ nog maar met één loket te maken hebben en een betere afstemming tussen cure en care mogelijk is.  
Het kabinet werkt aan plannen voor het oprichten van een kwaliteitsinstituut ter ondersteuning van instellingen in de ouderenzorg. Het ontsluiten van best practices op gebied van kwaliteit maakt hier deel van uit.

Personeel opleiden en uitwisseling tussen teams en regio's:  
Het blijvend opleiden van het personeel is een belangrijke voorwaarde om ook in de toekomst een goede zorgverlening te kunnen garanderen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt primair bij de zorginstellingen en secundair bij de sociale partners. De overheid heeft hierin een ondersteunende rol. De vorige minister van VWS heeft samen met sociale partners een agenda voor de arbeidsmarkt opgesteld. Het opleidingsbeleid neemt een prominente plaats in op die agenda. Ik ga op korte termijn in overleg met de sociale partners om die agenda verder uit te werken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Kooiman (SP) over de verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van VWS voor alle jeugd*

Dit kabinet wil optimale ontwikkelingskansen bieden voor alle jeugd.  
Het beleid van verschillende departementen raakt jongeren en ouders.

Zoals de minister-president in het debat over de regeringsverklaring heeft aangegeven zal het kabinet de bestaande structuur rondom het jeugdbeleid voortzetten. De goede samenwerking tussen de departementen op het terrein van jeugd, waarvoor de staatssecretaris van VWS verantwoordelijk is, blijft dus in stand.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Kooiman (SP) over de continuering van de BDU Jeugdzorg na 2012 en terugdraaiing van de bezuinigingen van € 330 miljoen*

In het bestuursakkoord Rijk en gemeenten «Samen aan de slag» van 4 juni 2007 is afgesproken dat in 2011 alle gemeenten minimaal één centrum voor jeugd en gezin hebben. Als dat het geval is, gaan met ingang van 1 januari 2012 de middelen van de Brede Doeluitkering CJG over naar het Gemeentefonds. Hoewel veel gemeenten al een CJG hebben, is op dit moment nog niet zeker of eind 2011 sprake is van een landelijke dekking van de CJG's. Over de overboeking van de middelen heb ik nog overleg met de VNG.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Kooiman (SP) over de wachtlijsten in de Jeugdzorg*

Met het Afsprakenkader willen de provincies en ik een trendbreuk in de jeugdzorg bereiken. Preventie en lichtere zorg moeten meer accent krijgen. Er moet meer efficiency in de tweedelijns-, zwaardere zorg komen. Zo moeten wij er voor zorgen dat kinderen die zorg nodig hebben deze daadwerkelijk krijgen, zonder dat ze hier te lang op moeten wachten.

Ik heb u op 8 november een brief gestuurd over de uitvoering van deze afspraken in het eerste half jaar. Ik volg de uitvoering van deze afspraak nauwlettend. Provincies hebben mij laten weten dat kinderen in onveilige situaties of in crisissituaties nagenoeg altijd direct zorg krijgen. Meer dan de helft van de kinderen die wachten op aanvankelijk door het Bureau Jeugdzorg geïndiceerde zorg ontvangt al wel een andere vorm van zorg. Er is een groep kinderen die nog helemaal geen zorg ontvangt, maar dat leidt naar het oordeel van Bureau Jeugdzorg slechts in een zeer beperkt aantal gevallen tot problemen. Het is noodzakelijk dat provincies hier een vinger aan de pols houden. Daarover ga ik met provincies in gesprek.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Kooiman (SP) over het beschikbaar blijven van het jongerenwerk in gemeenten*

Voorzieningen zoals jongerenwerk, ontmoetingsplekken en speelplekken zijn van belang voor het positief opgroeien van de jeugd. Gemeenten zijn op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verantwoordelijk voor de inzet van deze voorzieningen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over de zorgstandaarden*

Momenteel stagneert de ontwikkeling van nieuwe zorgstandaarden doordat verschillende beroepsgroepen (waaronder LHV en NHG) hun medewerking voor de uitbreiding van de zorgstandaarden hebben opgeschort. Zij willen de resultaten van de door de Kamer gewenste evaluatie over integrale bekostiging in 2012 afwachten.

Patiëntenorganisaties en andere beroepsgroepen willen de ontwikkeling wel voortzetten. Zorgstandaarden beschrijven de norm voor goede zorg en zijn de basis voor integrale zorg. Deze maatwerkzorg leidt naar verwachting tot betere kwaliteit waardoor dure complicaties kunnen worden voorkomen of uitgesteld en meer mensen actief blijven op de arbeidsmarkt. Tevens wordt met ketenzorg beoogd meer taken die nu in de tweede lijn plaatsvinden, door de eerste lijn te laten oppakken (substitutie en taakherschikking). Ik ben dan ook voorstander van ketenzorg. Onderzoek van het RIVM laat zien dat in alle zorggroepen de keten diabetes wordt gecontracteerd, maar COPD en VRM nog in mindere mate. Daarom wordt – ook volgend jaar – aandacht besteed aan de implementatie van ketenzorg, o.a. waar zich contracteringsproblemen voordoen. Verder zullen voorbereidingen worden getroffen voor de toekomstige integratie van farmacie en diagnostiek in de drie bestaande ketens. Nieuwe ketens zullen niet voor 2013 ingevoerd worden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over de administratieve lasten van het preferentiebeleid voor apothekers*

Naast de evidente kostenvoordelen van het preferentiebeleid, waardoor de zorgpremies minder stijgen, zijn er schaduwkanten aan verbonden die moeten worden opgelost. Dat zijn inderdaad de beschikbaarheid van preferente geneesmiddelen en de administratieve lasten voor apothekers.

Het is niet acceptabel als preferente middelen op grote schaal niet beschikbaar zijn en zorgverzekeraars voor die situatie geen oplossing bieden.

Gelukkig gaat de ontwikkeling ten aanzien van het preferentiebeleid langzaam de goede kant op omdat zorgverzekeraars:

- preferente geneesmiddelen steeds meer per kalenderjaar aanwijzen (de duur van de ziektekostenpolis).
- langere tijden hanteren tussen het aanwijzen van de preferente middelen en het ingaan van de preferente periode waardoor leveranciers hun voorraden beter op peil kunnen brengen.
- zo nodig extra preferente geneesmiddelen aanwijzen of niet preferente middelen vergoeden en apothekers vooraf informeren hoe te handelen bij het niet beschikbaar zijn.

In de praktijk blijkt daarnaast dat bij het periodiek opnieuw aanwijzen van preferente middelen vaak dezelfde geneesmiddelen weer preferent worden zodat de patiënt niet hoeft te wisselen. Daarnaast hanteren generieke fabrikanten soms al zelf lagere prijzen waardoor er geen preferentiebeleid nodig is.

Apothekers hebben inderdaad een Handleiding geneesmiddelen substitutie maar het is altijd de arts die beslist welk specifiek geneesmiddel de patiënt nodig heeft. Op grond van het Besluit Zorgverzekering (artikel 2.8, vierde lid) is er nu al behoud van aanspraak op de werkzame stof, de dosering en toedieningsvorm. Als een arts behandeling met een niet-preferent geneesmiddel noodzakelijk acht, en dat niet-preferent geneesmiddel (inclusief toedieningsvorm en sterkte) voorschrijft, dan heeft de patiënt gewoon aanspraak op dit niet-preferente geneesmiddel. Voor de administratieve afdoening zet de arts dan MN (van medische noodzaak) op het recept.

Gezien de bovenstaande aanpassingen van de zorgverzekeraars is er geen actie van mijn kant nodig.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Smilde (CDA) over het vergeten van zorgpolis voor baby's*

Voorlichting aan ouders van pasgeborenen is inderdaad van groot belang. Daarom besteedt Stichting de Ombudsman in het kader van de doelgroepgerichte voorlichting aandacht aan deze groep (en krijgt daarvoor subsidie van VWS). Onder andere is een flyer voor ouders met jonge kinderen verspreid aan de afdeling burgerzaken van gemeenten (en die kan dus bij de aangifte van de geboorte aan de ouders verstrekt worden). Deze is ook verspreid aan huisartsen, maatschappelijk werk, consultatiebureaus en Bureaus Jeugdzorg.

Met het wetsvoorstel «opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering» wordt het probleem van onverzekerde baby's opgelost. Onverzekerde kinderen zullen door bestandsvergelijking worden gevonden en door het College zorgverzekeringen via de ouders worden aangemaand om een zorgverzekering te sluiten. Dit wetsvoorstel ligt momenteel ter behandeling in de Eerste Kamer. Als het wetsvoorstel wordt aangenomen, zullen alle betrokkenen gericht worden aangeschreven. Daarmee is het probleem van de «vergeten verzekering» van baby's opgelost. Gezien het voorgaande lijkt een wetswijziging tot verlenging van de periode voor aanmelding tot 6 maanden voor deze specifieke groep, niet opportuun. Dit mede gezien het feit dat dit het probleem alleen maar zou verschuiven. Ook na 6 maanden kunnen ouders immers nog vergeten zijn hun baby te verzekeren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over de wijze waarop de PGB zorg kwalitatief getoetst gaat worden*

Op de zorg, bijvoorbeeld de functie verpleging, geleverd op grond van een PGB door of binnen een instelling, is de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing. Deze zorg valt daarmee onder het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ ziet ook toe op de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Onder deze wet vallen ook de handelingen die tot het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen behoren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over de plannen ten aanzien van pgb-fraude*

Het verscherpen van controle en het voorkomen van misbruik en fraude heeft mijn volle aandacht. Mijn voorganger heeft op dit punt al een aantal maatregelen genomen. Zo mag het verantwoordingsformulier alleen nog door de budgethouder of zijn wettelijke vertegenwoordiger worden ondertekend. Ook het CIZ heeft eind februari 2009 een richtlijn opgesteld die indicatiestellers aangeeft hoe te handelen bij druk van pgb-bureaus om een indicatie af te geven die meer zorg inhoudt dan waar feitelijk behoefte aan bestaat. Deze richtlijn betekent dat alle aspirant-budgethouders, aangemeld via pgb-bureaus, door het CIZ worden gezien. In antwoord op uw kamervragen over de begroting heb ik alle recent genomen maatregelen geschetst. Ik blijf in gesprek met alle betrokkenen om misbruik te



voorkomen. De partijen gaven hierbij aan behoefte te hebben aan een integrale aanpak. Daarom ontwikkelen op dit moment, onder regie van VWS, alle bij de fraudebestrijding betrokken partijen (o.a. Justitie, NZa, DNB, IGZ, OM SIOD en FIOD) een aanpak hoe de pgb-fraude het best is aan te pakken. Naar verwachting komen aan het begin van 2011 hun voorstellen beschikbaar. Ik zal deze voorstellen zorgvuldig bestuderen en op basis daarvan maatregelen nemen. Ook ben ik in gesprek met ZN en CVZ om te komen tot een betere ondersteuning en een meer intensieve controle van budgethouders in hun eerste jaar. Tot slot zullen zorgkantoren op basis van een evaluatie van hun controleprotocol dat in 2010 voor het eerst wordt gehanteerd, hun controles aanscherpen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over dat het pgb-budget in één keer op de rekening van de budgethouder wordt gestort*

Het pgb wordt uitbetaald in voorschotten. Aan de hand van de hoogte van het pgb bepaalt het zorgkantoor of uitbetaling per jaar, per half jaar, per kwartaal of maandelijks plaatsvindt. In 2010 geldt het volgende bevoorschottingsritme:

Tot € 2500 op jaarbasis: in een keer.

Tussen € 2500 en € 5000 op jaarbasis: per half jaar.

Tussen € 5000 en € 25 000 op jaarbasis: per kwartaal.

Boven de € 25 000 op jaarbasis: per maand.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) dat mensen geen zorg in natura vinden en vervolgens in een pgb worden gedwongen*

Ik zie in de praktijk dat een substantiële groep budgethouders voor een pgb kiest, omdat volgens hen de zorg-in-natura een minder passend alternatief is. Hier kunnen een aantal oorzaken aan ten grondslag liggen. Het pgb biedt de mogelijkheid om maatwerk te leveren wat een zorg-in-natura aanbieder niet altijd lukt. Dit is een verworvenheid van het pgb. Daarnaast zien we dat budgethouders vaak een duidelijke voorkeur hebben voor specifieke initiatieven waarbij soms de zorg alleen met een pgb kan worden betaald (bijvoorbeeld een specifieke zorgboerderij of logeervervoorziening). Deze initiatieven kiezen er niet voor om een toelating aan te vragen, waardoor het zorgkantoor met deze instelling geen productieafspraken kan maken. Tot slot, bereiken mij signalen dat er mogelijk een tekort aan zorgaanbod is voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. Dit wordt op dit moment onderzocht.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over de overheveling van begeleiding van de AWBZ naar de Wmo*

Om ervoor te zorgen dat burgers de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben bevat de Wmo vele waarborgen, waaronder het compensatiebeginsel. Dit houdt in dat gemeenten wel degelijk een opdracht hebben om burgers te ondersteunen om mee te kunnen doen. Hoe gemeenten die ondersteuning gaan bieden is een afweging op lokaal niveau. Gemeenten zijn bij uitstek in staat om voorzieningen op maat en in de buurt te organiseren zoals een activiteitencentrum. In het kader van de overheveling van dagbesteding en

begeleiding vanuit de AWBZ naar de gemeenten, start ik een zorgvuldig traject waarmee ik gemeenten inhoudelijk, financieel, juridisch en organisatorisch ga toerusten zodat zij vanaf 2013 verantwoord ondersteuning kunnen bieden aan hun burgers. Uiteraard is tijdige en heldere communicatie daarbij cruciaal, zowel richting cliënten, gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders als andere belangrijke actoren in dit veld.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over het aanzienlijk versnellen van de verwerking van de aanpassing van indicaties betreffende de zorg in de laatste levensfase*

Bij de behoefte aan palliatieve terminale zorg telt naar de aard van de zorg elke dag. Daarom worden aanvragen voor palliatieve terminale zorg in de regel aangevraagd door een zorgaanbieder, via een zogenaamd standaardindicatieprotocol. Vaak is dan ook de inzet van palliatieve terminale zorg, vooruitlopend op het indicatiebesluit van het CIZ, al gestart op basis van afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieders. Aanvragen voor palliatieve terminale zorg die wel via het reguliere aanvraagproces bij het CIZ worden ingediend en waar de aanvrager duidelijk op het aanvraagformulier aangeeft dat het palliatieve terminale zorg betreft, worden door het CIZ eveneens binnen twee dagen afgehandeld.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) of de driejarige projecten die zijn ingezet doorgang kunnen vinden*

Dit kabinet kiest er bewust voor het subsidie-instrument zo zuinig mogelijk in te zetten. En na een projectsubsidie van drie jaar hebben de zorginstellingen ook zelf verantwoordelijkheid te nemen voor die kwaliteit in de zorg. Ik zal daarom de subsidies van deze projecten niet verlengen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over eenzaamheidsbestrijding en de inzet van vrijwilligers*

Vrijwilligers spelen een belangrijke rol bij de bestrijding van eenzaamheid. Op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn gemeenten verantwoordelijk voor zowel de eenzaamheidsbestrijding als de ondersteuning van vrijwilligers. Dit stelt gemeenten in staat om een goede verbinding te leggen tussen de problematiek van eenzaamheid en de inzet van vrijwilligers. Landelijk ondersteun ik de aanpak van eenzaamheid door de Nationale Coalitie Erbij tot 2012 te financieren. Dit is een samenwerkingsverband van diverse maatschappelijke organisaties waaronder vrijwilligersorganisaties zoals de Zonnebloem en Resto van Harte dat zich inzet om het bewustzijn over eenzaamheid in de Nederlandse samenleving te vergroten. Daarnaast onderzoekt de Coalitie de effectiviteit van projecten en interventies gericht op eenzaamheidsbestrijding. Best practices worden breed beschikbaar gesteld. En zij gaan op zoek naar nieuwe samenwerkingsverbanden om eenzaamheid te bestrijden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over bewoners van een verpleeghuis die enige tijd in een ziekenhuis verblijven*

Er is geen regel die bepaalt dat cliënten na een bepaalde periode niet kunnen terugkeren op hun eigen kamer. Bij ziekenhuisopname maakt een zorginstelling een afweging over de duur van de ziekenhuisopname, de kans op terugkeer, de belangen van de cliënt, maar ook van cliënten die wachten op opname in een instelling. Ik vertrouw erop dat zorginstellingen een zorgvuldige afweging maken van de verschillende belangen en kamers niet lichtvaardig ter beschikking stellen aan nieuwe cliënten.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over de inzet van innovatie in de langdurige zorg*

Er is door de vorige minister van VWS met sociale partners een Gezamenlijke Agenda Arbeidsmarkt Zorg opgesteld. Wij beiden zullen vanuit onze eigen verantwoordelijkheid de uitvoering van deze agenda voortvarend op gaan pakken. De overheid heeft met name een faciliterende rol. Wat betreft de arbeidsmarkt betekent dat de zorginstellingen zelf primair verantwoordelijk zijn voor het personeelsbeleid.

De komende maanden wordt deze agenda verder uitgewerkt in concrete activiteiten. Overigens wil ik hier benadrukken dat het dreigende personeelstekort niet alleen aangepakt moet worden met een goed arbeidsmarktbeleid. Het is minstens zo belangrijk om het beroep op de arbeidsmarkt zoveel mogelijk te beperken, met de kwaliteit van zorg als belangrijke randvoorwaarde. Het is belangrijk dat er voldoende ruimte is voor innovatie om langs die weg efficiënter werken mogelijk te maken. Op dit moment zijn al veel toepassingen ontwikkeld en beschikbaar op het gebied van zorg op afstand, domotica en arbeidsbesparende innovaties. Daarnaast zijn diverse instellingen aan de slag met het innovatie in de organisatie van zorg de komende jaren zal toepassing en verdere verspreiding van deze innovatie de nodige aandacht vergen. Het stimuleren van innovaties in de organisatie van zorg is in de langdurige zorg in gang gezet middels het programma «In Voor Zorg». Inmiddels hebben zich hier 125 instellingen bij aangesloten. Dit programma kent een grote ambitie, de uitdagingen waar de sector voor staat zijn dan ook groot. Het programma ondersteunt instellingen in de langdurige zorg bij het bewerkstelligen van de noodzakelijke veranderingen voor de toekomst. Veranderingen op het terrein van bedrijfsvoering, maar ook op het terrein van de inzet van personeel.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over de pilot minutenregistratie door de zorginstelling Rivas*

Naar aanleiding van de motie van de Tweede Kamer om tot afschaffing van de minutenregistratie in de thuiszorg te komen is Rivas in samenwerking met VWS een pilot gestart. Rivas voert een pilot uit waarin wordt onderzocht of de afspraken met de cliënt in een zorgarrangement vooraf geschikt zijn voor declaratie aan het zorgkantoor en de berekening van de eigen bijdrage voor de cliënt achteraf. Een aandachtspunt in de pilotperiode is of er een verschil optreedt tussen de vooraf afgesproken zorg en de geleverde zorg. In de pilot wordt schaduw gedraaid. Rivas verwacht de resultaten van de pilot medio februari aan VWS te kunnen sturen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over Integrale Vroeghulp*

Integrale Vroeghulp is een onafhankelijk multidisciplinair regionaal samenwerkingsverband van verschillende organisaties rondom kinderen van 0–7 jaar. Dit samenwerkingsverband biedt vroegsignalering, integrale diagnostiek, gezinsondersteuning, onderwijs en zorg. In 2009 is een landelijk stimuleringsprogramma van start gegaan waarin Integrale Vroeghulp nadrukkelijk een plaats heeft: Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI). Dit programma is onderdeel van het Transitieprogramma Langdurige Zorg. Omdat ketenaanpak een belangrijk kenmerk van Integrale Vroeghulp is, sta ik erg positief tegenover Integrale Vroeghulp. Ik ga een kleine commissie instellen om mij te adviseren over de verdere verankering van Integrale Vroeghulp.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Uitslag (CDA) over de aanbevelingen van de Stichting Verzorgd uit Overijssel*

Ja, ik ben zeker geïnteresseerd in aanbevelingen over samenwerking tussen professionals die de zorg verbeteren, de kwaliteit van leven verhogen en tegelijkertijd de kosten verlagen. Ik ben altijd geïnteresseerd in werkzame voorbeelden uit de praktijk.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over een onderzoek naar de uitgaven vanuit het AWBZ-fonds door de Algemene Rekenkamer*

Het staat de Algemene Rekenkamer vrij om onderzoek te doen naar de uitgaven vanuit het AWBZ-fonds. Jaarlijks bepaalt de Algemene Rekenkamer aan welke specifieke onderwerpen aandacht wordt besteed. Op dit moment zijn mij geen voornemens bekend dat de Algemene Rekenkamer de uitgaven van de AWBZ gaat onderzoeken. Ter informatie wil ik u er op wijzen dat in de begroting 2010 uitgebreid is ingegaan op de besteding van de uitgaven van de AWBZ.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over een glasheldere polis*

Bij de AWBZ gaat het erom dat we onverzekerbare zorg beschikbaar kunnen houden voor mensen die het hardst nodig hebben. Ik wil dat ook in de toekomst de kwaliteit van de zorg kan worden gegarandeerd en de solidariteit met langdurig zieken behouden blijft. Daarom is het nodig de reikwijdte van de aanspraken in het kader van de AWBZ zo te verhelderen en waar nodig in te perken, dat onbedoeld gebruik tot een minimum wordt beperkt. Daar waar mensen zelf dingen kunnen regelen dient dat ook te gebeuren. De vele maatregelen die in het regeerakkoord zijn opgenomen zoals de overheveling van begeleiding, het aanscherpen van de IQ-grens en het wettelijk verankeren van het pgb dragen bij aan een glasheldere AWBZ. Uiteindelijk wordt de inhoud van de aanspraken duidelijk en zijn de grenzen met de andere domeinen zoals de Zorgverzekeringswet, de wmo en de jeugdzorg, helder afgebakend.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de AWBZ voor toekomstige generaties*

De (uitvoering van de) AWBZ is de afgelopen 40 jaar maar beperkt aangepast. Daar waar mensen zelf activiteiten kunnen ondernemen wil ik ze stimuleren dat ook te doen. Tegelijkertijd moet voor degenen die echt zorg nodig hebben, de zorg beschikbaar zijn. Liefst in de buurt. Om te zorgen dat ook voor toekomstige generaties zorg beschikbaar is, hebben we in het regeerakkoord een aantal keuzes gemaakt. Zo worden delen van de AWBZ overgeheveld naar het gemeentelijk domein waar meer maatwerk wenselijk is en zal de uitvoering door zorgverzekeraars gebeuren en maak ik indiceren voor de AWBZ eenvoudiger. Het scheiden van wonen en zorg zal worden doorgevoerd. Daarnaast investeren we in de kwaliteit van de zorg en in het personeel dat dit moet leveren. Tot slot creëren we ruimte voor innovatie. Dit pakket aan maatregelen zorgt ervoor dat ook in de toekomst toegankelijke en betaalbare AWBZ-zorg mogelijk is.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over mogelijke budgetoverschrijdingen in de AWBZ*

Door het kabinet zijn afspraken gemaakt over het budgettaire kader zorg. Onderdeel van dit kader is het bedrag dat beschikbaar is voor AWBZ-uitgaven. Hierbij is rekening gehouden met de effecten van de verschillende maatregelen die door het kabinet in de AWBZ worden voorzien. Ook is de intensivering van het ouderenzorgbeleid van ca € 850 mln. in dit bedrag verwerkt. Indien zich onvoorziene overschrijdingen mochten voordoen zullen aanvullende maatregelen moeten worden getroffen om binnen de afgesproken financiële kaders te kunnen blijven.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de doelstelling om 12 000 extra personen voor de ouderenzorg te werven*

- a. De investeringen moeten uiteindelijk leiden tot 12 000 extra personen.
- b. Het gaat hierbij om 7000 fte's (voltijds eenheden).
- c. Er zal hierbij worden gekeken naar verschillende opleidingsniveaus. De vraag vanuit de zorg is hierbij leidend.
- d. Het budget voor de extra investeringen wordt per 2012 ingezet. Een nulmeting is nu nog niet voorhanden. De verschillende opties worden nu uitgewerkt. Hierbij is uitdrukkelijk aandacht voor daadwerkelijk 12 000 personen extra aan het werk in de dagelijkse verzorging.
- e. Het gaat hierbij om investeringen die ten goede komen aan cliënten in ouderenzorg, de Gehandicaptenzorg en de langdurige Geestelijke Gezondheidszorg.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over hoeveel zij-instromers de minister verwacht*

In het Regeerakkoord is afgesproken dat de OCW-bekostiging voor 30-plussers in het middelbaar beroeps-onderwijs komt te vervallen. Een bezuiniging van € 170 miljoen. Dat heeft consequenties voor de zorgsector. Ik zal in mijn overleg met sociale partners en ook met mijn collega van OCW en de onderwijsinstellingen bezien op welke wijze zij-instroming kan worden bevorderd. Daarbij kan onder andere gedacht worden aan het structureel en systematisch inzetten van het EVC-instrumentarium (Elders Verworven Competenties),

waarmee de opleidingsduur verkort kan worden. Daardoor kunnen de totale opleidingskosten (van onderwijsinstelling en zorginstelling gezamenlijk) beperkt worden. Gezien de levens- en werkervaring van de meeste zij-instromers zijn daarvoor goede mogelijkheden aanwezig, waarbij ook de kwaliteit van opleiden gegarandeerd blijft.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over zorgsparen*

Zorgsparen betreft een financieringsmodel dat internationaal nauwelijks weerklink heeft. Uit onderzoek blijkt dat dit komt omdat de spreiding in zorgkosten zo groot is dat het lang niet voor iedereen mogelijk is zijn eigen zorgkosten over de levensloop te financieren. Aan de andere kant bestaat een behoorlijke groep die juist veel geld zou overhouden. Dit betreft «dood geld» dat niet voor de zorg kan worden gebruikt.

Voor een werkbaar systeem van zorgsparen is het noodzakelijk dat de overheid de onverzekerbare risico's herverzekert (met de daarbij horende kosten). Ook moeten er nogal wat zaken worden geregeld met betrekking tot de solidariteit tussen hoge en lage inkomens, tussen gezonden en zieken. Sparen leidt niet tot noemenswaardige effecten op de leefstijl. Dit komt omdat de relatie tussen leefstijl en het benodigde spaarsaldo diffuus is. Op korte termijn is er misschien enig effect. Echter: gezonde mensen leven veelal ook langer en zouden daardoor juist extra moeten sparen in een systeem van zorgsparen. Zorgsparen stimuleert tot op zekere hoogte meer kostenbewust gedrag bij de zorggebruiker. Hieraan zitten overigens ook risico's bijvoorbeeld als men zijn eigen zorgbehoefte niet goed kan inschatten. Los daarvan weegt de robuustheid van de verzekeringssolidariteit zwaarder in onze afweging. Vooralsnog zien wij dan ook geen reden in te zetten op zorgsparen als model om de AWBZ en/of de Wmo te financieren. Wel blijven wij ons informeren over nieuwe wetenschappelijke inzichten op dit terrein. Een eerder door het CPB aangekondigd onderzoek zien wij dan ook met belangstelling tegemoet.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de eigen bijdrage GGZ*

Na debat met de Tweede Kamer is besloten dat er in 2011 geen eigen bijdrage wordt ingevoerd in de curatieve tweedelijns ggz.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het vlottrekken van het overleg met de gemeenten over effectief preventiebeleid*

Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk om het lokaal gezondheidsbeleid vorm te geven omdat zij het best aan kunnen sluiten bij de lokale omstandigheden en maatwerk kunnen leveren. Ik ondersteun dit proces. Bijvoorbeeld via de landelijke nota gezondheidsbeleid die begin 2011 verschijnt. Hierin worden aangrijpingspunten geboden voor de gemeenten om effectiever preventiebeleid te kunnen voeren. Zo worden o.a. inhoudelijke speerpunten benoemd waarop men zich kan richten en worden handvatten gegeven om bestaande kennis op lokaal niveau in

integraal beleid toe te passen. Gemeenten kunnen gebruik maken van de kennis en instrumenten die ontwikkeld zijn binnen het ZonMw programma Gezonde slagkracht en de handreiking gezonde gemeenten van het Centrum Gezond Leven. Binnen het traject Gezond Lokaal-Centraal gaat VWS de dialoog aan met gemeenten op bestuurlijk niveau.

Wel wil ik benadrukken dat het voor gemeenten relatief nieuw is dat deze verantwoordelijkheid bij gemeenten wordt neergelegd. Dit proces heeft tijd nodig maar er wordt door gemeenten en VWS volop op ingezet.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over een verder onderzoek naar effecten van preventie op langere termijn*

Als onderdeel van de preventiecyclus komt het RIVM iedere vier jaar met de VTV. Dit document geeft inzicht in de staat en de ontwikkeling van de gezondheidssituatie in relatie tot het gevoerde gezondheidsbeleid van de afgelopen jaren. We krijgen via de VTV steeds beter zicht op lange termijn effecten. De VTV bestaat al 19 jaar en kan daardoor trends aangeven. Daarnaast verwerkt de VTV ook gegevens uit langlopende cohort-studies. Tevens zijn er op dit moment al diverse onderzoeksprogramma's naar de effectiviteit van preventie. Zo doet het RIVM o.a. onderzoek naar kosteneffectiviteit van preventie en de maatschappelijke baten van gezondheid/preventie. Het Centrum Gezond Leven waardeert de effectiviteit van verschillende preventieve interventies. Tevens voert ZonMw in opdracht van VWS het 4e preventieprogramma uit. Hierin besteedt zij aandacht aan reeds ontwikkelde interventies, het onderzoek naar implementatie, kosteneffectiviteit, structurele inbedding en evaluatie.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de handhaving van het rookverbod en oneerlijke concurrentie*

In de Kamerbrief over de uitzondering op de rookvrije horeca heb ik laten weten dat de uitzondering op het rookverbod van invloed zal zijn op de handhaving en dat ik in samenspraak met de nVWA een en ander zal uitwerken in een beleidskader. In dit beleidskader staat hoe de nVWA de handhaving voor de komende periode gaat uitvoeren. Hierin wordt geanticipeerd op de nieuwe regelgeving. Dit beleidskader wordt op korte termijn openbaar gemaakt.

De kosten voor de handhaving van de rookvrije horeca bedragen ca. 4.4 miljoen.

Na de invoering van de rookvrije horeca bleek dat dit tot een ongelijk speelveld leidde. Immers, grote horecaondernemingen hadden het geld en de ruimte om een rookruimte te creëren en daarmee de rokende bezoeker een alternatief te bieden, daar waar kleine horecagelegenheden die mogelijkheid niet hadden. Hierom heb ik ervoor gekozen om voor kleine cafés een uitzondering te maken en daarmee meer recht te doen aan het beginsel van een gelijk speelveld.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over innovaties in biomedische ontwikkelingen*

Zoals vermeld in het Regeerakkoord behoort het stimuleren van innovatie op het terrein van Life Sciences

tot het beleidsterrein van de minister van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie.

Binnen mijn beleidsterrein maak ik werk van het wegnemen van onnodige barrières in de wet- en regelgeving, die innovatie van biomedische producten belemmeren.

Belangrijker is echter dat zinvolle biomedische innovaties sneller in de zorg worden toegepast.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over stamcelonderzoek*

In Nederland is stamcelonderzoek al heel lang toegestaan. Dat geldt zowel voor onderzoek met embryonale stamcellen (die worden verkregen uit embryo's die zijn overgebleven van in-vitrofertilisatie behandelingen), als voor onderzoek met adulte – oftewel volwassen – stamcellen (die worden verkregen uit foetussen of lichaamsmateriaal van personen). Zoals de toenmalige Staatssecretaris in haar aanbiedingsbrief bij het jaarverslag over 2008 van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek aan de Tweede Kamer nog eens heeft bevestigd, zijn de zogeheten iPS-cellen te beschouwen als de resultaten van bewerking van volwassen cellen. Alle genoemde typen stamcellen worden ook al jaren daadwerkelijk in Nederland gebruikt in onderzoek.

ZonMw heeft in 2009 de eerste subsidies toegekend in het kader van het programma Translationeel Adult Stamcelonderzoek (TAS), waarvan het totale budget 22,4 miljoen euro bedraagt. Dat programma zal hopelijk ook leiden tot daadwerkelijk klinische toepassingen waarbij op enigerlei wijze gebruik wordt gemaakt van volwassen stamcellen. Volgend jaar vindt de toewijzing van subsidies in het kader van de tweede ronde van het TAS plaats, en in 2013 de toewijzing voor de derde en laatste ronde.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het besluit overtijdbehandeling onder de Wet afbreking zwangerschap*

Ik zal te zijner tijd de Kamer hierover informeren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het Masterplan Roze 50+*

In 2010 heeft VWS bijna € 200 000 beschikbaar gesteld voor het masterplan Roze 50+. Over de activiteiten in 2011 en 2012 is nog overleg gaande. Hiervoor is in totaal maximaal € 300 000 gereserveerd. Op de uitkomsten van dit overleg kan niet vooruit worden gelopen. Met de laatste medische behandeling van secundaire geslachtskenmerken bij transgenders wordt, naar mag worden aangenomen, gedoeld op het aanbrengen van borstprothesen. Het uitbreiden van het basispakket met het aanbrengen van borstprothesen voor transgenders zou een ongelijkheid betekenen ten opzichte van vrouwen die ook geen of weinig borstontwikkeling hebben. Ook voor deze vrouwen geldt dat er, behalve bij een borstverwijdering als gevolg van borstkanker, geen recht bestaat op het aanbrengen van borstprothesen. Het introduceren van ongelijkheid is niet wenselijk.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het helpen van ouders van kinderen met een IQ van*

net boven de 70

Dit kabinet is voornemens de IQ-grens gelijk te trekken met waar deze in andere Europese landen ligt als het gaat om het organiseren en financieren van AWBZ-zorg. Belangrijke reden hiervoor is dat we kinderen niet onnodig willen stigmatiseren of medicaliseren. Dit past ook bij de gedachte dat mensen een eigen verantwoordelijkheid hebben in het organiseren van ondersteuning die zij nodig hebben. Voor veel ouders ligt deze verantwoordelijkheid niet anders. Dit kabinet kan en wil niet alle verantwoordelijkheid van anderen overnemen. Daar waar het om zeer kwetsbare jongeren gaat, vaak juist door een samenspel aan omstandigheden, kan een rol van de overheid wel aan de orde zijn. Daarbij is echter de IQ-grens niet (alleen) bepalend. Het kabinet zal bij de uitwerking van de maatregel mogelijk effecten in aanpalende sectoren betrekken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over de slechte communicatie tussen gynaecoloog en verloskundige*

In de verloskundige samenwerkingsverbanden waarin gynaecologen en verloskundigen samenkomen, moeten heldere afspraken gemaakt worden en bevallingen worden doorgesproken. Het College Perinatale Zorg, dat begin 2011 van start gaat, fungeert als «motor» voor de lokale verloskundige samenwerkingsverbanden. Het College zal zich onder andere bezighouden met het opstellen van normen voor verantwoorde verloskundige zorg, het bevorderen van de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen en het verbeteren van de onderlinge communicatie. Met het instellen van het College Perinatale Zorg verwacht ik dat het veld een instrument ter beschikking krijgt om de kwaliteit van de verloskundige zorg actief te bevorderen. Daarnaast is het Perinataal Webbased Dossier (PWD) een essentiële schakel bij het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen de diverse betrokken zorgverleners. Vanwege de belangrijke meerwaarde ondersteun ik de ontwikkeling van het PWD en stel hiervoor middelen ter beschikking. Het is de bedoeling dat het PWD medio volgend jaar operationeel is. Het veld is bezig met een herziening van de Verloskundige Indicatie Lijst. Hierin hebben de beroepsgroepen richtlijnen vastgelegd over verloskundig beleid en verwijzingsbeleid. Hierin zal ook moeten worden genormeerd wanneer en hoe verloskundigen en gynaecologen moeten overleggen, informatie overdragen en samenwerken. Ten slotte draagt de ontwikkeling van eerstelijnsgeboortecentra bij aan een betere samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen. In een aantal geboortecentra werken verloskundigen, kraamzorg en gynaecologen samen om betere zorg te bieden rondom de bevalling. Ik kom hier nader op terug in een brief die ik voorafgaand aan het nog te plannen debat over dit onderwerp naar de Kamer zal sturen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over het gebruik van de WTCG en de indicatie*

Ervan uitgaande dat in de vraag de algemene tegemoetkoming wordt bedoeld, kan het volgende worden

opgemerkt. In de maand oktober zijn door het CAK circa 2 miljoen beschikkingen verzonden aan rechthebbenden op de tegemoetkoming over 2009. Het definitieve aantal kan daar nog iets van afwijken. Mogelijk dat er nog enkelen volgen, omdat er nog naleveringen kunnen zijn van de ketenpartijen – voor late declaraties bijvoorbeeld – en omdat er nog een aantal beschikkingen in de wacht staan die een aparte behandeling vragen. Het kan ook nog iets minder worden, omdat er mensen zullen zijn waarbij het niet lukt om de tegemoetkoming op de rekening te storten. Begin 2011 is er meer inzicht en zal de Kamer nader worden geïnformeerd. Dan is er in zijn algemeenheid ook iets te zeggen over gegevens ten aanzien van het zorggebruik en indicaties die ten grondslag liggen aan de tegemoetkomingen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dijkstra (D66) over samenwerkingsinitiatieven voor huisartsen en spoedeisende hulp*

Verzekeraars hebben verschillende manieren om samenwerkingsverbanden tussen huisartsenpost (HAP) en spoedeisende hulp (SEH) te bekostigen. Zo worden tijdelijke afspraken gebaseerd op de NZa-beleidsregels «innovatie» of «lokale productiegebonden toeslag (LPT)». Daarnaast wordt soms gebruik gemaakt van de zogenoemde «plusmodule». Naast deze manieren worden ook andere mogelijkheden verkend om substitutie tussen huisartsenpost en SEH te stimuleren. Substitutie van zorg uit de 2e lijn naar de 1e lijn draagt immers bij aan een doelmatigere gezondheidszorg.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Agema (PVV) over de 24/7 beschikbaarheid van de gynaecologen*

De stuurgroep Zwangerschap en Geboorte die in januari 2010 het advies «Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte» heeft opgeleverd, stelt dat de noodzakelijke behandeling in acute verloskundige situaties binnen 15 minuten moet starten, om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de gynaecoloog te borgen. Voor het verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg is het van belang dat deze 15 minuten norm op de 24/7 beschikbaarheid wordt toegepast. Uit onderzoek van de NVZ blijkt dat in 92% van de ziekenhuizen het (interne) proces verbeterd kan worden om de 15 minuten norm te halen. Het gaat dan met name over het optimaliseren van aanrijtijden van gynaecologen en OK-teams. Ik zal er dit jaar nog bij de ziekenhuizen op aandringen dat zij afspraken maken over de beschikbaarheid van relevante professionals en hun onderlinge samenwerking om deze 15 minuten norm te halen. Als blijkt dat voor bepaalde ziekenhuizen deze norm niet haalbaar is, kunnen zij geen veilige acute verloskundige zorg aanbieden. Zoals eerder aangegeven in de antwoorden op de vragen van het kamerlid Dijkstra, zal ik, voorafgaand aan het debat over dit onderwerp, de Kamer nader informeren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Agema (PVV) over het hanteren van een lager tarief bij taakherschikking door de NZA*

Het kabinet zet inderdaad in op het werk maken van taakherschikking. Tegen die achtergrond ben ik het met mevrouw Agema eens dat taakherschikking niet moet worden belemmerd maar juist moet worden gefaciliteerd door de wijze van bekostiging.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Agema (PVV) over hoeveel geld er nu om gaat in onderzoek naar Alzheimer*

VWS bekostigt zelf nauwelijks onderzoek naar grote ziekten zoals kanker, harten vaatziekten en alzheimer waar het gaat om het ontstaan en de behandeling daarvan. Het initiatief voor en de financiering van dergelijke onderzoeken zijn hoofdzakelijk afkomstig van AMC's, universiteiten en gezondheidsfondsen. Dit betekent dat VWS ook geen invloed heeft op de verdeling van deze middelen naar de verschillende ziekten.

Het onderzoek naar dementie bestrijkt een heel breed terrein, van basaal wetenschappelijk onderzoek, via klinisch onderzoek tot palliatieve zorg. Voor dit wetenschappelijk onderzoek zijn er verschillende financieringsbronnen. Er is daarom geen eenduidig beeld hoeveel geld er aan dementie-onderzoek wordt besteed. Op dit moment wordt in Europees verband in kaart gebracht welke onderzoeken op dit terrein in de verschillende landen worden uitgevoerd en welke bedragen daarmee gemoeid zijn. Nederland is een van de trekkers van dit initiatief. Voordelen van dit initiatief:

- er kan zo goed mogelijk gebruik gemaakt worden van de specifieke deskundigheid in de verschillende landen;
- de beschikbare financiële middelen kunnen zo doelmatig mogelijk ingezet worden; en
- de resultaten van de onderzoeken zijn voor alle deelnemende landen beschikbaar.

Wij werken dus niet alleen aan clustering van Alzheimer onderzoek in Nederland, maar in heel Europa.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Dille (PVV) over het AMK*

In het Actieplan Kinderen Veilig Thuis (2007–2011) is voorzien in een groei van het aantal adviezen en onderzoeken. Om de verwachte groei op te kunnen vangen, is extra budget beschikbaar gesteld. De AMK medewerker die een onderzoek uitvoert, is niet betrokken bij eventuele vervolghulp door het bureau jeugdzorg. Het gezin wordt bij vervolghulp overgedragen aan een jeugdhulpverlener of een gezinsvoogdij medewerker.

Bij het uitvoeren van een onderzoek spreekt het AMK o.a. met de melder, de ouders, het kind en betrokken professionals. Op basis van deze gesprekken beoordeelt het AMK of er sprake is van kindermishandeling. In de meeste gevallen leidt een onderzoek tot doorverwijzing naar instanties die het gezin op vrijwillige basis hulp bieden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over het budget van wooninitiatieven*

Personen met een AWBZ-indicatie voor verblijf kunnen ervoor kiezen om deze zorg zowel in een instelling als thuis, al dan niet in de vorm van een pgb, te ontvangen. Bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging in 2007

was nog niet duidelijk hoe in de toekomst de hoogte van het pgb voor verblijfsgeïndiceerden zou worden vastgesteld. Om deze reden heeft de vorige staatssecretaris besloten een budgetgarantie voor bestaande pgb-houders in te stellen. Deze budgetgarantie is tussentijds verlengd tot eind 2011.

In overleg met betrokken partijen (Per Saldo, ZN, CVZ en ClZ) is er op verzoek van de vorige staatssecretaris een voorstel ontwikkeld hoe om te gaan met de budgetgarantie voor deze budgethouders. Dit voorstel bestudeer ik nu zorgvuldig. Binnenkort zal ik een brief over het pgb naar de Kamer sturen, waarin ik mijn standpunt over dit advies van deze werkgroep zal geven. Ik hanteer daarbij als uitgangspunt dat de bekostiging van zorg in natura en pgb in de toekomst meer op elkaar zullen moeten worden afgestemd.

Ik heb oog voor de bijzondere situatie van wooninitiatieven zoals de ouderinitiatieven en Thomashuizen. Medewerkers van mijn ministerie hebben een verkennend gesprek gehad met de Thomashuizen. Daarin is afgesproken specifiek te gaan kijken naar de mogelijke effecten van de maatregelen voor de Thomashuizen. Omdat ieder wooninitiatief anders is, kan ik geen algemene garantie geven dat wooninitiatieven nooit zullen omvallen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over het bespreken van de uitkomsten van het nader onderzoek naar de korting op dagbesteding*

Ik heb ook signalen gekregen vanuit de LG-sector (van zowel zorgaanbieders als van cliënten(raden)) over vershraling van de dagbesteding voor lichamelijk gehandicapten. Medewerkers van mijn departement hebben ook gesprekken gevoerd met cliënten van LG-dagbesteding.

Ik heb eerder aangegeven dat ik op grond van de ontvangen signalen en de gevoerde gesprekken de komende tijd – ook vanuit de inhoud en gezamenlijk met deskundigen vanuit de praktijk – onderzoek wil doen naar goede en zinvolle dagbesteding voor deze doelgroep in relatie tot de voorgenomen tariefswijziging. Te zijner tijd zal ik de uitkomsten met uw kamer delen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over het voornemen om meer verzorgenden op te leiden in het stagefonds*

Het stagefonds voor de zorg, niet alleen de ziekenhuizen, is in 2008 gestart voor een periode van 4 jaar. Het vorige kabinet heeft besloten het bedrag voor dit fonds in 2011 te verlagen van € 99 miljoen naar € 73 miljoen. Ik kan u inmiddels mededelen dat het stagefonds na 2011 wordt voortgezet met een bedrag van € 99 miljoen per jaar. Dekking wordt gevonden uit de opleidingscomponent van de ZZP-intensivering uit het regeerakkoord. Op basis van de thans lopende evaluatie en in overleg met sociale partners wordt bezien op welke punten de regeling aangepast gaat worden.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over de petitie van de organisatie van de pilot Zahir (eergereleerd geweld) in Friesland om de subsidie van het project voort te zetten*

Met de twee pilots eergereleerd geweld (Eva en Zahir)

zijn de capaciteitsproblemen besproken. Vanaf april 2010 zijn beide pilots uitgebreid met twee extra plekken. De pilots eerdergerelateerd geweld zijn tijdelijk en worden tot 1 januari 2012 gefinancierd. Het advies van de commissie «Stelselonderzoek Vrouwenopvang» (commissie De Jong) biedt het kader voor de structurele oplossing voor de opvang van slachtoffers van eerdergerelateerd geweld. Deze commissie onderzoekt of en zo ja hoe de «financiële kaders» van de vrouwenopvang structureel kunnen worden aangepast aan de vraag van nieuwe groepen slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties zoals slachtoffers van eerdergerelateerd geweld. Inmiddels is het onderzoek van de commissie afgerond. Ik hoop binnenkort het rapport in ontvangst te kunnen nemen en zal u hierover zo spoedig mogelijk informeren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Voortman (GroenLinks) over het informeren van organisaties dat hun subsidie gekort wordt*

Voor de Stichting 113online is van meet af aan duidelijk geweest dat de startsubsidie tijdelijk zou zijn. Het was hen bekend dat de startsubsidie zou eindigen per 1 april 2011. De Stichting 113online is door VWS steeds op de hoogte gehouden van het ontbreken van de financiële middelen voor 113online na afloop van de startsubsidie. Ook stichting Familie Vertrouwen Persoon (fvp) is van meet af aan geïnformeerd door VWS dat de subsidie tijdelijk was en dat alleen financiële middelen beschikbaar zijn voor 2010 en niet voor de jaren daarna. Afgelopen donderdag is de Stichting fvp attent gemaakt op de nota van wijziging waarin de fout in de VWS-begroting is hersteld met betrekking tot de financiële middelen die abusievelijk waren vermeld in de begroting (tabel bij artikel 42). De veronderstelling dat de Stichting fvp pas vorige week geïnformeerd zou zijn over het niet continueren van de subsidie in 2011 is dus onjuist. Wel wil ik benadrukken dat ik het betreurt dat deze fout heeft plaatsgevonden waardoor verwarring is ontstaan.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over de wettelijke verankering van het pgb*

In de binnenkort te versturen brief over het pgb zal ik enkele maatregelen rondom het solide en financieel houdbaar maken van de pgb-regeling presenteren. Daarbij zal ik ook ingaan op de effecten voor de pgb-houders thuis en de wooninitiatieven. Medewerkers van mijn ministerie hebben een verkennend gesprek gehad met de Thomashuizen. Daarin is afgesproken specifiek te gaan kijken naar de mogelijke effecten van de maatregelen voor de Thomashuizen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over proefregio's waarin zorgkantoren, patiëntenorganisaties en zorginstellingen de ruimte krijgen met het budget andere dingen te doen en zelf keuzes te maken hoe zorguitgaven kunnen worden beperkt. Samenwerking en afstemming in plaats van aftroeven en concurrentie*

Het kabinet kan zich helemaal vinden in de oproep van mevrouw Wiegman. Op langere termijn wil het kabinet dit laten doorklinken in de bekostiging door over te gaan van handelings- naar resultaatfinanciering. Op de korte

termijn wordt voorzien dat een experiment wordt gestart waarbij zorginstellingen in een regelarme omgeving opereren en waarbij alle aandacht aan de zorgverlening kan worden besteed.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over het voornemen om de zorg van cliënten met een IQ van boven de 70 te schrappen*

In de indicatiestelling AWBZ sluit het CIZ aan bij internationale definities voor het bepalen van ziekten en aandoeningen en voor het vaststellen van stoornissen en beperkingen. Het betreft de DSM-IV, de ICD-10 en ook de ICF. Het voornemen om het recht op AWBZ-zorg voor mensen met een IQ boven de 70 te schrappen, staat in het RA/GA. Nu geldt immers in ons land een IQ-score tussen 70 en 85 als licht verstandelijke handicap. Dit sluit niet aan op het hierboven genoemde instrumentarium. Met de voorgenomen maatregel in het RA/GA wordt aansluiting gevonden bij de internationaal gehanteerde normen die gelden voor mensen met een licht verstandelijke beperking.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over het vervallen van de aanvullende subsidie voor het VG & GGZ platform*

In de begroting 2011 van VWS is niet voorzien in aanvullende financiering van de beide platforms. Daarnaast is in het regeerakkoord aangegeven dat in de komende jaren de bijdrage van VWS aan de patiëntenorganisaties zal verminderen. Ik zie dan ook geen ruimte om aan uw verzoek tegemoet te komen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over de CU-notitie Positie doven versterken; Nederlandse Gebarentaal erkennen!*

Ik zal de aanbevelingen in de CU-notitie over de grondwettelijke erkenning van de Nederlandse gebarentaal onder de aandacht brengen van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, die hiervoor verantwoordelijk is.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over het voorstel de dagbesteding en begeleiding voor doelgroepen psychiatrie en verslavingszorg te concentreren in de centrumgemeenten*

In het kader van de overheveling van dagbesteding en begeleiding vanuit de AWBZ naar de gemeenten start ik een zorgvuldig traject waarmee ik gemeenten inhoudelijk, financieel, juridisch en organisatorisch ga toerusten zodat zij vanaf 2013 verantwoord ondersteuning kunnen bieden aan hun burgers. Daarbij besteed ik ook aandacht aan de specifieke problematiek van mensen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over het motiveren van de Sociale Verzekeringsbank om ervoor te zorgen dat*

*ouderen en studenten een zakelijke relatie aangaan*

Ik deel het belang van versterking van sociale netwerken rondom ouderen. Organisaties als Solink kunnen daar een rol in spelen. Tijdens de vorige kabinetsperiode hebben medewerkers van mijn departement contact met deze organisatie gehad. Het is toen niet gebleken dat er knelpunten waren rondom de contacten met de Sociale Verzekeringsbank. Ik zeg toe dat wij dat alsnog even bij Solink nagaan.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Van der Staaij (SGP) over het continueren van de subsidies voor Stichtingen mentorschap met twee jaar*

In aansluiting op de antwoorden op de vragen 2010Z07720 van de leden Aasted-Madsen-van Stiphout en de Vries (beiden CDA) van 10 juni 2010 ben ik van mening dat mijn voorgangers ruimhartig Stichtingen mentorschap hebben gesubsidieerd. Wettelijke vertegenwoordiging in de vorm van curatele, bewind en mentorschap vindt plaats via benoeming door kantonrechters. Onze waardering voor burgerinitiatieven om Stichtingen Mentorschap op te richten hebben mijn voorgangers uitgedrukt in beperkte stimuleringssubsidies. Dat deze voor twee jaar zouden gelden is expliciet vanaf de eerste stimuleringssubsidies in 2006 vermeld. Overigens betekent het besluit tot afbouw dat er in 2011 nog ca € 900 000 aan subsidie omgaat bij de Regionale Stichtingen Mentorschap, grotendeels aan Stichtingen die voor het tweede jaar een stimuleringssubsidie ontvangen.

Gelet op de beperkte middelen op mijn begroting en de wens van dit kabinet zo beperkt mogelijk gebruik te maken van subsidies, zie ik geen aanleiding om op het besluit van mijn voorganger terug te komen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over de uitvoering van het amendement CU 2008 van structurele opvang tienermoeders*

In het kader van dit amendement is de commissie «Stelselonderzoek vrouwenopvang» door de staatssecretaris van VWS ingesteld. De commissie kreeg de opdracht om te onderzoeken of en zo ja hoe de «financiële kaders» van de vrouwenopvang structureel kunnen worden aangepast aan de vraag van nieuwe groepen slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties en tienermoeders.

Inmiddels is het onderzoek van de commissie afgerond. Ik hoop binnenkort het rapport in ontvangst te kunnen nemen en zal u hierover zo spoedig mogelijk informeren.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over dat de verplichtingenpauze palliatieve zorg opgeheven is*

Het klopt dat de verplichtingenstop van VWS – die overigens alle subsidies betrof – is opgeheven. De relevante projecten ter stimulering van palliatieve zorg worden dus gehonoreerd. De projecten betreffen onder meer kennisverspreiding, kwaliteitsverbetering en verdere professionalisering. De feitelijke zorgverlening maakt al onderdeel uit van het reguliere zorgproces. Dat

is de afgelopen perioden ook nadrukkelijk uitgangspunt van beleid en veld geweest. Dit kabinet staat daar niet anders in. Zoals eerder toegezegd ontvangt de Kamer eind van dit jaar een visie op de palliatieve zorg.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) over het afremmen van onnodig zorggebruik door preventie*

Preventieve interventies kosten over het algemeen op korte termijn geld maar kunnen, als wordt geïnvesteerd in de goede interventies, op langere termijn ook geld besparen. De besparingen langs deze weg zijn puur financieel gezien echter niet het afdoende antwoord op de jaarlijkse stijging van de collectief gefinancierde zorgkosten. Om die te beteugelen én daarmee ook de stijging in de zorgpremies te beperken, zullen ook de andere maatregelen nodig zijn die in het regeerakkoord zijn genoemd en die zijn gericht op het efficiënter laten werken van het gezondheidszorgsysteem en op een verlegging van de financiering van collectief naar individueel.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over verplichtingenpauze palliatieve zorg opgeheven*

Eén van de onderwerpen waar de afgelopen periode aandacht voor was en door het platform palliatieve zorg in is geïnvesteerd is de samenhang binnen de organisatie van de palliatieve zorg. In dat licht zal ik uw signaal toetsen bij de deelnemers aan het platform en bezien of dit om nadere actie vraagt.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over het beleid ten aanzien van mantelzorgondersteuning*

Het beleid met betrekking tot mantelzorg is erop gericht overbelasting te voorkomen door een goede (lokale) ondersteuning. Gemeenten worden geholpen met het implementeren van een aantal basisfuncties voor de ondersteuning van mantelzorgers. In de tweede plaats wordt het combineren van werk en mantelzorg gefaciliteerd; bondgenootschappen met bedrijven en gemeenten worden aangegaan om te komen tot een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid. Tenslotte zijn activiteiten in gang gezet om de relatie tussen professionals in de zorg en mantelzorgers te verbeteren en om mantelzorgers meer te betrekken bij de zorg voor hun naaste in een instelling.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over de financiering van een extra ambulancestandplaats kop van Walcheren*

In de kop van Walcheren is onlangs een extra ambulancestandplaats toegevoegd. Inmiddels is duidelijk geworden dat er behoefte is aan nog een extra ambulancestandplaats in Zeeland. Een besluit hierover hangt onder meer samen met de ontwikkelingen rondom de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen, in het bijzonder met de functieverdeling tussen die ziekenhuizen. Momenteel is alleen in Goes een SEH-voorziening en ook voor acuut verloskundige zorg moeten patiënten naar Goes. Over deze functieverdeling lopen echter nog besprekingen,



hierop kan en wil ik niet vooruitlopen.

Wat verder relevant is voor de besluitvorming is de opbouw van de huidige 45-minutennorm voor de bereikbaarheid van ziekenhuizen. Gekeken wordt of de opbouw van die norm niet flexibeler kan worden vormgegeven, waardoor meer ruimte ontstaat voor een op maat gesneden acute zorgketen. Dit is ook onderdeel van mijn brede visie op acute zorg waaraan momenteel gewerkt wordt. Die visie wil ik in februari naar de Kamer sturen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) en het kamerlid Wiegman-van Meppelen Schep-pink (ChristenUnie) over de verlaging van de abortustermijn*

De richtlijn abortushulpverlening welke is gestart naar aanleiding van de evaluatie van de Waz, betreft vier protocollen die allen betrekking hebben op de verschillende fasen in een abortusbehandeling. Deze richtlijn heeft geen betrekking op de abortustermijn. Deze wordt immers duidelijk ingekaderd door de strafwet en diverse medische beroepsgroepen.

Het protocol voor psychosociale hulpverlening heeft inmiddels geresulteerd in het afronden van een pilotproject en de opstart van een opleiding voor psychosociale counseling. De overige protocollen zijn in ontwikkeling en worden in 2012 verwacht.

De Waz kent geen grens van 24 weken. In deze wet wordt gesproken over «de grens van zelfstandige levensvatbaarheid».

Deze levensvatbaarheidsgrens is een uitvloeisel van het Wetboek van Strafrecht. Ook het strafrecht kent geen abortusgrens in weken, maar spreekt over «het buiten het moederlichaam in leven kunnen blijven».

De levensvatbaarheidsgrens wordt dus niet bepaald door de wet. Deze wordt bepaald door de medische wetenschap. En zij stellen tot nu toe de grens op 24 weken. De systematiek van de wetgeving waarin de abortusgrens is gekoppeld aan de levensvatbaarheidsgrens zorgt ervoor dat ik als minister niet een grens in weken kan instellen.

Gelet op de huidige stand van de medische wetenschap ben ik overigens wel bereid om mij door de betrokken beroepsgroepen nader te laten informeren over het begrip levensvatbaarheid.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over de stijging van 9 naar 15% van het aantal zwangerschappen dat eindigt in abortus*

Er is een sterke afname geweest van het aantal levendgeborenen (van 206 619 in 2000 naar 181 336 in 2007, rapportage IGZ 2008). Bij een vrijwel gelijk blijvend aantal abortussen leidt dit tot een procentuele stijging. Over de reden voor het gelijk blijven van het aantal abortussen bij een dalend geboortecijfer zijn geen gegevens bekend.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over betere voorlichting bij prenatale screening op Downsyndroom*

De beroepsgroepen hebben de laatste jaren veel inspanning verricht om de – ingewikkelde – voorlichting op het gebied van prenatale screening op Downsyn-

droom te verbeteren. Het gaat om landelijke voorlichting in de vorm van folders en een keuzehulp op internet, opleidingseisen voor de counseling en eisen aan alle betrokken partijen via de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Het recente onderzoek van de Stichting Downsyndroom laat zien dat de laatste jaren de keuzen om al dan niet deel te nemen aan de screening steeds bewuster wordt genomen. Ik zal hier n.a.v. uw eerdere kamervragen ook nog snel uitgebreid op terugkomen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over de betekenis voor het gezinsbeleid van het niet voortzetten van de programmaminister voor Jeugd en Gezin*

Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin wordt niet voortgezet, de samenwerking en aandacht voor het gezin blijft uiteraard op de agenda van dit kabinet staan.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over betere handhaving van de leeftijdsgrenzen voor alcoholverstrekking in sportkantine*

In het wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet dat u op 18 juli 2009 is aangeboden is de overdracht van het toezicht op de naleving van deze wet van de nieuwe Voedsel en Waren Autoriteit naar de gemeenten voorzien.

Het uitgangspunt hierachter is dat gemeenten het toezicht efficiënter in kunnen zetten en beter zicht hebben op de lokale problematiek. Zo weten zij beter dan een landelijke handhavingdienst of de plaatselijke sportkantine wel of niet de regels naleeft.

Uw Kamer heeft het wetsvoorstel op 1 juli 2010 controversieel verklaard.

In overleg met mijn collega van Veiligheid en Justitie, beraad ik mij op het vervolgetraject van dit wetsvoorstel. Ik kom hier binnenkort op terug.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over landelijk werkende instellingen nu de jeugdzorg naar de gemeenten overgaat*

De landelijk werkende instellingen hebben tijdelijk een bijzondere status gekregen. Deze status is vastgelegd in een convenant dat eind 2010 afloopt. De komende maanden zal ik in overleg met de provincies en landelijk werkende instellingen bezien hoe ik met deze bijzondere positie omga.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Van der Staaij (SGP) over welk ministerie zich gaat ontfemen over adoptie*

Het ministerie van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor de beleidsontwikkeling, wetgeving en uitvoering op het terrein van interlandelijke adoptie.

De verantwoordelijkheid voor adoptieazorg ligt bij het ministerie van VWS, met uitzondering van dat deel van de nazorg dat valt onder het begrip «begeleiding door vergunninghouders» op grond van artikel 17a onder g van de Wet Opneming buitenlandse kinderen ter adoptie dat onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Veiligheid en Justitie valt.

Het ministerie van VWS verleent financiële steun aan de

stichting adoptievoorziening. In 2011 bedraagt dit € 0,7 miljoen.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over het belasten van minimaal één ambtenaar met dierproeven*

Bij VWS wordt op dit moment 1,2 FTE ingezet op het gebied van proefdieren. Voor de implementatie van de Europese richtlijn dierproeven en de omzetting naar een nieuwe wet op de dierproeven is incidenteel aanvullende capaciteit beschikbaar.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over de link tussen groene woonomgeving en preventie*

Wonen, leven en werken houden in het kader van leefstijl verband met elkaar. Dit betekent dat er vanuit de diverse betrokken departementen reeds wordt samengewerkt om elkaar te versterken. Concreet betekent dit samenwerking van bijvoorbeeld het programma Groen in de Stad, de Wijk aanpak en het programma Beweegvriendelijke Omgeving in het kader van sport en bewegen. Dit zijn interdepartementale programma's. Daarnaast vindt vanuit VWS ondersteuning richting gemeenten plaats, zodat gemeenten integraal gezondheidsbeleid op een goede manier inrichten en hierbij zowel groene woonomgeving en lokaal gezondheidsbeleid wordt vormgegeven. Bij het Wetgevingsoverleg Sport kom ik terug op het positieve preventiebeleid dat dit kabinet wil inzetten waarbij ik de samenhang wil versterken sport, wonen, leven en werken.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) over grote gezondheidsrisico's als gevolg van bedreigingen uit de hoek van de landbouwsector*

Risico's afkomstig uit dierenpopulaties zijn onvermijdbaar. Zoönosen, ziekten die van dier op mens overgaan, zijn helaas van alle tijden. De staatssecretaris van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie en ik zijn ons er van bewust dat er potentiële dreigingen voor de volksgezondheid zijn. De staatssecretaris en ik trekken daarom samen op, waarbij het belang van de volksgezondheid voorop staat in onze beleidskeuzen. Wij streven daar waar nodig naar effectieve en proportionele maatregelen. Nul risico is niet haalbaar. Wij verwachten nog resultaten van het onderzoek naar de relatie tussen intensieve veehouderij en volksgezondheid en daarnaast kijken we ook uit naar de bevindingen van de themacommissie diergezondheid van uw Kamer.

*Antwoord op de vraag van het kamerlid Ouwehand (PvdD) met betrekking tot het onnodig weggooien van voedsel*

Het voedselveiligheidsbeleid is er op gericht om de consument te voorzien van veilig voedsel. In de wetgeving die door de EU is vastgesteld is dit vastgelegd in zogenaamde doelvoorschriften. Door middel van een eigen voedselveiligheidsplan op basis van HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points), geeft de ondernemer invulling aan dit uitgangspunt.

Omdat het opstellen van een HACCP plan deskundigheid vergt, hebben branche organisaties per sector leidraden ontwikkeld voor de invulling van een HACCP-plan. Dit zijn de hygiëncodes. De ondernemer kan dit gebruiken voor de invulling van de HACCP verplichting in haar eigen bedrijf.

Bij bederfelijke levensmiddelen staat de koeling daarvan centraal. In een hygiëncode kunnen voorwaarden geformuleerd worden om dit soort producten toch ongekocht aan te bieden, waarvoor echter dan wel een maximale tijdsduur is vastgelegd.

De ervaring leert dat sectoren af en toe heel ver gaan in de implementatie van de HACCP verplichting zonder dat wetgeving hen daartoe verplicht. Bij de evaluatie van de hygiëncodes, die nu gaande is, zullen wij in de advisering richting de branches hiervoor aandacht vragen.