Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2004–2005

29 800 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005

Nr. 2 **MEMORIE VAN TOELICHTING**

Inhoudsopgave **blz.**

A. Artikelsgewijze toelichting bij het begrotingsvoorstel		3
B. Begrotingstoelichting		4
Beleidsagenda 2005:	Nieuwe fundamenten voor een toekomstbestendige zorg	9
Beleidsartikel 21:	Preventie en gezondheidsbescherming	23
Beleidsartikel 22:	Curatieve zorg	48
Beleidsartikel 23:	Geneesmiddelen en medische technologie	59
Beleidsartikel 24:	Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	78
Beleidsartikel 25:	AWBZ-brede zorg	90
Beleidsartikel 26:	Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid	98
Beleidsartikel 27:	Verpleging, verzorging en ouderen	109
Beleidsartikel 28:	Wet voorzieningen gehandicapten	118
Beleidsartikel 29:	Arbeidsmarktbeleid	121
Beleidsartikel 30:	Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiënt-veiligheidsbeleid	128
Beleidsartikel 31:	Zorgverzekeringen	150
Beleidsartikel 32:	Rijksbijdragen volksgezondheid	161
Beleidsartikel 33:	Jeugdbeleid	163
Beleidsartikel 34:	Lokaal beleid	171
Beleidsartikel 35:	Sportbeleid	179
Beleidsartikel 36:	Oorlogsgetroffenen en Herinnering WO II	187
Beleidsartikel 37:	Inspecties	195
Beleidsartikel 38:	Tegemoetkoming buitengewone uitgaven	203
Niet-beleidsartikel 98:	Algemeen	205
Niet-beleidsartikel 99:	Nominaal en onvoorzien	212
Paragraaf voor de diensten die een baten-lastenstelsel voeren		214
Bedrijfsvoeringparagraaf		248
Financieel Beeld Zorg		251

KST77501_2
ISSN 0921 - 7371
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2004

Verdiepingsbijlage 274
Moties 318
Toezeggingen 324
Afkortingenlijst 328
Trefwoordenregister 334

A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGS-VOORSTEL

Wetsartikel 1 (uitgaven/verplichtingen en ontvangsten)

De begrotingsstaten die onderdeel uitmaken van de Rijksbegroting, worden op grond van artikel 1, derde lid, van de Comptabiliteitswet elk afzonderlijk bij de wet vastgesteld. Het onderhavige wetsvoorstel strekt ertoe om de begrotingsstaat van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2005 vast te stellen.

Alle voor dit jaar vastgestelde begrotingswetten tezamen vormen de Rijksbegroting voor het jaar 2005. Een toelichting bij de Rijksbegroting als geheel is opgenomen in de Miljoenennota 2005.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de uitgaven, verplichtingen en de ontvangsten voor het jaar 2005 vastgesteld. De in de begroting opgenomen begrotingsartikelen worden in onderdeel B van deze memorie van toelichting toegelicht (de zgn. begrotingstoelichting).

Wetsartikel 2 (begrotingen diensten die een baten-lastenstelsel voeren)

Onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ressorteren de diensten die een baten-lastenstelsel voeren «Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen», «Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg», «Nederlands Vaccin Instituut» en «Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu». Het «Nederlands Vaccin Instituut» is een tijdelijke baten-lastendienst.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de baten en lasten en de kapitaaluitgaven en -ontvangsten van de diensten die een baten-lastenstelsel voeren «Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen», «Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg», «Nederlands Vaccin Instituut» en «Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu» voor het jaar 2005 vastgesteld. De in die begrotingen opgenomen begrotingsartikelen worden toegelicht in onderdeel B (Begrotingstoelichting) van deze memorie van toelichting en wel in de paragraaf over de diensten die een baten-lastenstelsel voeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

B. BEGROTINGSTOELICHTING

Leeswijzer

1. Indeling begroting

De begroting 2005 bestaat uit de volgende onderdelen:
- Beleidsagenda
- Beleidsartikelen (en niet-beleidsartikelen)
- Diensten die een baten-lastenstelsel voeren
- Bedrijfsvoeringparagraaf
- Diverse bijlagen

De structuur van de begroting 2005 is grotendeels vergelijkbaar met die van de begroting 2004. In de begroting 2004 is voor de eerste keer de Zorgnota geïntegreerd. De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de begroting 2004 zijn te vinden in paragraaf 1.2 van deze begrotingstoelichting.

Begrotings- en premie-uitgaven in relatie tot verantwoordelijkheden van VWS
In de structuur van de artikelen wordt de eigenheid van de premie-uitgaven tot uitdrukking gebracht.
Zowel de begrotings- als de premie-uitgaven vallen onder de collectieve uitgaven. Er is echter wel een belangrijk verschil tussen beide uitgaven. Bij de *begrotings*uitgaven zijn we zelf belast met de uitvoering en voeren we zelf het beheer over de bij de begroting beschikbaar gestelde middelen. Alle verplichtingen worden aangegaan en alle uitgaven worden gedaan door of namens ons. Bij de *premie*-uitgaven in de zorg is dat anders; hieraan liggen individuele beslissingen van de bij de zorg betrokken partijen ten grondslag (patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars).

VWS heeft een indirecte verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorg (toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit). De Nederlandse gezondheidszorg is in belangrijke mate een zaak van het particuliere initiatief. Zorg verlenen is de primaire verantwoordelijkheid van private zorgaanbieders en voor die zorgverlening wordt betaald binnen privaatrechtelijke verhoudingen tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Gezien het wettelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen (AWBZ en ZFW) hebben de zorguitgaven zoals aangegeven voor een belangrijk deel een collectief karakter. Het bijzondere karakter van de premie-uitgaven wordt primair ingegeven door het verzekeringskarakter van de uitgaven. Dat betekent dat de geïnde premies een eigen bestemming hebben. Ten aanzien van de AWBZ en de ZFW heeft de minister van VWS belangrijke regulerende bevoegdheden, maar de primaire verantwoordelijkheid voor de uitvoering daarvan ligt bij de (privaatrechtelijk) vormgegeven uitvoeringsorganen. Ook ten aanzien van de organisatie van het aanbod en de tarieven beschikken we over regulerende bevoegdheden. Deze zijn met name geregeld in de WZV en de WTG.

De premie-uitgaven maken geen deel uit van het wetslichaam en de begrotingsstaat. Deze uitgaven zijn als beleidsinformatie opgenomen in de toelichting bij de begrotingsartikelen. In de toelichting wordt bij de beschrijving van het instrumentarium een onderscheid gemaakt tussen

begrotingsgerelateerde en premiegerelateerde instrumenten. Vanaf artikel 33 zijn alle instrumenten begrotingsgerelateerd en wordt het genoemde onderscheid niet aangebracht. Verder zijn de begrotings- en premie-uitgaven in aparte budgettaire tabellen opgenomen in de toelichting.

De tabellen met premie-uitgaven geven een beeld van de verwachte uitgavenontwikkeling op het beleidsterrein in het desbetreffende beleidsartikel. Deze uitgavenontwikkeling is uitgesplitst naar de verschillende sectoren die binnen dat artikel vallen. Voor de verwachte groei in 2004 en volgende jaren kent ieder premieartikel een zogenoemde groeiruimte, waarmee onder andere de verwachte demogroei kan worden opgevangen. Deze is in de tabellen apart weergegeven. Voor de AWBZ-artikelen (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging) is besloten het uitgavenniveau te beperken en beheersbaar te maken door de productieafspraken te bevriezen op het niveau van de afspraken die op 1 april 2004 zijn gemaakt. Voor eventuele knelpunten zijn op het beleidsartikel 25 (Modernisering AWBZ) middelen gereserveerd. Deze zullen in voorkomende gevallen aan de desbetreffende beleidsterreinen toegedeeld worden. Daarnaast zijn voor alle premieartikelen op het niet-beleidsartikel 99 (Nominaal en onvoorzien) bedragen gereserveerd voor nog niet verdeelde middelen voor loon- en prijsbijstellingen. Voor het jaar 2009 staan op dit artikel de benodigde middelen geparkeerd voor de verwachte demogroei bij ongewijzigd beleid.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de totale uitgaven en financiering van de zorg in Nederland is in de bijlage een «Financieel Beeld Zorg» opgenomen. De belangrijkste mutaties in de begrotings- en premie-uitgaven zijn opgenomen in de verdiepingsbijlage.

1.1 Beleidsagenda

De beleidsagenda geeft kort de beleidsprioriteiten voor 2005 weer. Deze worden verder uitgewerkt in de beleidsartikelen.

1.2 Beleidsartikelen (en niet-beleidsartikelen)

Ten opzichte van de begroting 2004 zijn in de beleidsartikelen en de niet-beleidsartikelen enkele wijzigingen doorgevoerd. Deze hebben betrekking op de artikelen 21 (Preventie en gezondheidsbescherming), 22 (Curatieve Zorg), 25 (AWBZ-brede zorg), 26 (Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid), 29 (Arbeidsmarktbeleid), 30 (Marktordening, opleidingen, informatie- en kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid), 31 (Zorgverzekeringen), 34 (Lokaal beleid), 36 (Oorlogsgetroffenen en Herinnering WO II) en 37 (Inspecties). De wijzigingen hebben betrekking op de titel van het beleidsartikel, op het aantal operationele doelstellingen en/of op de formulering van de doelstellingen. In de meeste gevallen is er geen of nauwelijks sprake van een inhoudelijke wijziging.
Conform de rijksbegrotingsvoorschriften is de VBTB-paragraaf in alle beleidsartikelen vervallen. De voornemens om verdere VBTB-verbeteringen door te voeren zijn opgenomen onder de bedrijfsvoeringparagraaf. De laatste paragraaf in elk beleidsartikel is nu een evaluatieprogrammering.

De beleidsartikelen en het artikel Algemeen zijn als volgt opgebouwd:
a. Algemene doelstelling
b. Operationele doelstelling
c. Budgettaire gevolgen van beleid
d. Evaluatieprogrammering

De opbouw van het niet-beleidsartikel Nominaal en onvoorzien wijkt hiervan af, vanwege het technische karakter.

Hieronder werken we de onderdelen van die algemene opbouw nader uit.

a. Algemene doelstelling
Elk beleidsartikel begint met een algemene doelstelling. Deze doelstelling strekt zich uit over het totale beleidsveld van het beleidsartikel en formuleert het maatschappelijke effect dat we met het beleid beogen.

b. Operationele doelstelling
Bij de operationele doelstelling worden eerst de beleidseffecten beschreven van een bepaald aspect van de algemene doelstelling. Daarna volgt een passage waarin de aard van de verantwoordelijkheid van de bewindslieden (en zonodig van andere actoren) wordt beschreven, evenals de instrumenten die bijdragen aan het realiseren van de doelstelling. Waar mogelijk zijn vervolgens de veronderstellingen in effectbereiking, doelmatigheid en raming opgenomen. Verder zijn de operationele doelstellingen en instrumenten waar mogelijk voorzien van prestatiegegevens.

c. Budgettaire gevolgen van beleid en begrotingsflexibiliteit
Elk beleidsartikel bevat een tabel met de budgettaire gevolgen van het beleid. Voor de meeste zorgartikelen (21 t/m 27 en 31) zijn twee budgettaire tabellen opgenomen: één voor de begrotingsuitgaven en één voor de premie-uitgaven.
In de budgettaire tabel voor de begrotingsuitgaven zijn de programma-uitgaven toegerekend aan de operationele doelstellingen. Binnen de operationele doelstelling zijn bij de programma-uitgaven, voor zover van belang, de garanties en het beslag van de rijksbijdragen aan zelfstandige bestuursorganisaties (zbo's), baten-lastendiensten, rechtspersonen met een wettelijke taak (rwt's) en medeoverheden afzonderlijk aangegeven. De programma-uitgaven bestaan nagenoeg volledig uit subsidies, met uitzondering van de hiervoor genoemde financiële instrumenten. Een relatief klein deel van de programma-uitgaven wordt verricht in de vorm van opdrachten (op basis van een overeenkomst). Als in de toelichting op de instrumenten het begrip subsidie wordt gehanteerd, worden daarmee ook deze opdrachten bedoeld. De wijze van presentatie wijkt daarmee enigszins af van de rijksbegrotingvoorschriften. Over deze afwijkende presentatie is overeenstemming met de minister van Financiën.
De apparaatuitgaven in de budgettaire tabel voor de begrotingsuitgaven van het kerndepartement zijn aan de beleidsartikelen toegerekend op basis van de indeling van de beleidsartikelen, voor zover er een directe relatie bestaat tussen de algemene beleidsdoelstelling en de apparaatuitgaven. De inspecties staan in een apart beleidsartikel. Artikel 98 bevat de apparaatuitgaven van het kernministerie die geen directe relatie hebben met de doelstellingen uit de beleidsartikelen.
De budgetflexibiliteit is alleen van toepassing op de budgettaire tabel voor de begrotingsuitgaven (hierna begrotingsflexibiliteit te noemen). Deze is in een afzonderlijke tabel opgenomen. De gevolgde systematiek bij begrotingsflexibiliteit is dat het kasbeslag over de jaren 2005 tot en met 2009 van de verplichtingen in een percentage worden weergegeven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar juridische verplichtingen, bestuurlijk gebonden reserveringen, beleidsmatige reserveringen en overig budget. In de toelichting bij de tabel wordt de aard van de belangrijkste geraamde uitgaven toegelicht. De basis van de weergegeven

bedragen en percentages is de departementale administratie. Deze geven een raming weer van de situatie per 1 januari 2005.
In de budgettaire tabel voor uitgaven uit premiemiddelen staan de ramingen voor de onderscheiden sectoren vermeld. Hiervoor is gekozen omdat het niet mogelijk is de premie-uitgaven toe te rekenen aan operationele doelstellingen.

d. Evaluatieprogrammering
In het kader van de Regeling Prestatiegegevens en Evaluatieonderzoek (RPE) van de rijksoverheid houdt VWS een evaluatieprogrammering bij. In deze programmering worden de monitoringsystemen en evaluatie-onderzoeken bijgehouden die VWS inzet om te volgen of de doelstellingen worden bereikt en of de beleidsinstrumenten doelmatig zijn ingezet. De evaluatieprogrammering bevat een overzichtstabel van het moment waarop per algemene of operationele doelstelling informatie over de onderliggende beleidsinstrumenten beschikbaar is. De precieze gegevens over de aard en inhoud van de monitoringsystemen en evaluatieonderzoeken van VWS zijn terug te vinden in het registratiesysteem EvaluatieOverzicht Rijksoverheid (EOR) op RYX-intranet.

1.3 Diensten die een baten-lastenstelsel voeren

VWS kent in 2004 vier baten-lastendiensten:
- Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (ACBG)
- Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

De positie van baten-lastendiensten komt in de begroting tot uitdrukking in een aparte paragraaf. Daarin zijn de activiteiten van de baten-lastendiensten en de financiële gevolgen daarvan integraal beschreven. De beleidsmatige relevantie van een baten-lastendienst komt tot uitdrukking in de toelichting op de operationele doelstelling(en) waaraan de activiteiten van de baten-lastendienst een bijdrage leveren. Als daarbij sprake is van een financiële bijdrage vanuit het departement, wordt die ook daar begroot.
Het NVI is een zogenoemde tijdelijke baten-lastendienst.

1.4 Bedrijfsvoeringparagraaf

De bedrijfsvoeringparagraaf is een uitzonderingsrapportage. Hierin zijn alleen die bedrijfsvoeringonderwerpen opgenomen die in 2005 specifiek aan de orde zijn. In de bedrijfsvoeringparagraaf wordt nader ingegaan op de onderwerpen die vallen onder de sturing en de beheersing van de bedrijfsprocessen, zoals de planningscyclus en de organisatie en ontwikkeling op het terrein van VBTB.

1.5 Bijlagen

Deze begroting heeft de volgende bijlagen:
- Financieel Beeld Zorg. Deze bijlage geeft een totaalbeeld van de uitgaven en de financiering van de zorg in Nederland.
- Verdiepingsbijlage. Deze bijlage geeft per artikel de standen (begroting en/of premie) en de belangrijkste mutaties (begroting en/of premie). Verder is het overzicht opgenomen van de zelfstandige bestuursorganisaties (zbo's) en rechtspersonen met een wettelijke taak (rwt's) die een bijdrage ontvangen uit begrotings- of premiemiddelen.

- Moties en Toezeggingen. Deze bijlagen geven een overzicht van de toezeggingen die bewindspersonen hebben gedaan en de stand van zaken van moties die de Tweede Kamer heeft aanvaard.
- Afkortingenlijst.
- Trefwoordenregister.

2. Subsidiebeleid verder herzien

VWS gaat in 2005 verder met het aanpassen van het subsidiebeleid: minder zaken beter doen en subsidiegeld flexibeler inzetten, meer gericht op echte beleidsprioriteiten. Voor nieuwe projectsubsidies en opdrachten beschikken wij van 2005–2007 over gemiddeld circa € 110 miljoen per jaar, afgezien van bestaande verplichtingen. Dit geld trekken wij uit voor onze hoofdprioriteiten: kwaliteit, innovatie en doelmatigheid, informatievoorziening, preventie, lokale agenda en meedoen en sport. Premiesubsidies (subsidies uit premiegelden van de Zfw of de AWBZ, dus niet vanuit de begroting) verdwijnen als instrument. Een deel van de huidige premiesubsidies wordt een aanspraak in het verzekerde pakket of gaat over naar de nieuwe WMO, een deel wordt voortaan uit de begroting betaald en een deel afgebouwd.
De verdeling van de begrotingssubsidies voor eerder genoemde hoofdprioriteiten is in tabelvorm met een toelichting terug te vinden in verschillende artikelen van deze begroting.

BELEIDSAGENDA 2005: NIEUWE FUNDAMENTEN VOOR EEN TOEKOMSTBESTENDIGE ZORG

1. Het zorgstelsel onder druk

De overheid is in de tweede helft van de vorige eeuw in Nederland steeds meer verantwoordelijk geworden voor de gezondheidszorg en de langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten. Deze ontwikkeling sluit aan bij een algemene trend in Europa, met als doel de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. De groeiende rol van de overheid in de zorg heeft tot in de jaren zeventig geen ernstige problemen opgeleverd met de betaalbaarheid. Dat kwam door een aantal historisch unieke factoren: de Europese bevolkingen waren in de «babyboomjaren» jong en gezond, mantelzorg bleef in vele landen lange tijd vanzelfsprekend en de grote vlucht van de medische technologie moest nog beginnen. De kosten bleven lange tijd tamelijk beperkt en waren bovendien grotendeels onzichtbaar: ze werden gedekt door inning van wettelijke premies en belastingen zonder dat de netto inkomensontwikkeling daar onder leed. Naoorlogse Europeanen zijn vrijwel zonder uitzondering opgevoed met de gedachte dat de staat garant staat voor «gratis» gezondheidszorg.

Primaat overheid ontmoedigt verantwoordelijkheid en prestatie-gerichtheid
De overheid lijkt door de manier waarop het systeem van zorg in ons land de afgelopen decennia is ingericht, tot in detail verantwoordelijk te zijn geworden voor de zorg. Dit heeft geleid tot veel bureaucratie en te weinig verantwoordelijkheden voor de hoofdrolspelers in de zorg. Wat zien we in het huidige zorgstelsel?

- De *burger* is op veel terreinen een kritische consument. Voor zijn eigen gezondheid – toch een wezenlijk onderdeel van zijn bestaan – is zijn rol echter zeer beperkt. De burger betaalt weinig direct mee aan de kosten van de zorg en kent meestal prijs noch kwaliteit van de zorg. Hij heeft daarom geen belang bij de meest doelmatige keuze. Collectieve arrangementen overheersen en dat stimuleert de mogelijkheden niet om de zorgbehoefte op andere manieren op te vangen: door de burger zelf, door mantelzorg, ondersteuning vanuit het maatschappelijk middenveld of door tussenkomst van de gemeente.
- De *zorgverzekeraar* verkoopt weliswaar een product aan zijn klanten maar heeft in het huidige systeem van zorgverzekeringen weinig invloed op de prijs van dat product en te weinig belang bij kosten-beheersing. Een verbrokkelde verzekeringsmarkt (Ziekenfondswet, particuliere verzekeringen) beperkt om te beginnen de concurrentie tussen verzekeraars. Ten tweede staan verzekeraars nog te weinig onder druk van kritische consumenten. Ziekenfondsverzekerden hebben nauwelijks financieel belang om van verzekeraar te wisselen, particuliere verzekerden kunnen het vaak niet. Dit alles geldt in extreme mate in de AWBZ-sector: verzekeraars lopen daar helemaal geen financieel risico en consumenten hebben geen enkel voordeel bij het overstappen tussen verzekeraars.
- De *aanbieders van zorg* – onder andere huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuizen, instellingen voor verzorging en verpleging, apothekers, paramedici – worden te weinig gestimuleerd tot optimale prestaties. De wijze van financieren van instellingen en zorgverleners beloont doelmatig handelen en kwaliteitsverbetering onvoldoende. Het huidige zwaar gereguleerde en inflexibele stelsel remt bovendien creativiteit. Instellingen lijken zich vanwege de gedetailleerde regelgeving meer te richten op het voldoen aan de eisen uit «Den

Haag» dan op het leveren van optimale dienstverlening aan de zorgconsumenten. Verzekeraars kunnen door gebrek aan concurrentie en zicht op prestaties weinig tegenwicht bieden aan aanbieders van zorg.

Nieuwe fundamenten nodig
Het naoorlogse primaat van de overheid heeft er dus toe bijgedragen dat er onvoldoende prikkels zijn voor doelmatigheid. Dit gebrek aan efficiency knelt sinds de jaren tachtig steeds meer, onder andere door de toenemende kosten van de medische technologie, druk uit de samenleving om het zorgpakket uit te breiden en de gevolgen van de vergrijzing. In de ouder wordende samenleving moeten relatief steeds minder mensen de zorg betalen voor een groeiende groep dure patiënten. Al met al is het aandeel van de zorgkosten in het Bruto Binnenlands Product sterk toegenomen. Binnen de Europese Unie stegen de uitgaven in Nederland de afgelopen jaren het sterkst. Nederland heeft zich met een zorgquote[1] van 9,7 procent in 2004 in de Europese voorhoede genesteld. Deze ontwikkeling valt te meer op omdat Nederland in vergelijking met onze Europese partners nog een jong land is en de echte vergrijzing hier nog moet beginnen.
Het is duidelijk dat de Europese zorgstelsels onder zware druk staan en dat de vergrijzing die druk in de komende jaren nog verder zal opvoeren. Vrijwel alle Europese landen nemen daarom maatregelen om de zorgsector beter te beheersen. Dat is niet een kwestie van louter bezuinigen, het gaat vooral om vergroting van de individuele verantwoordelijkheden van de hoofdrolspelers in de zorg. De cliënt moet een kritische zorgconsument worden die aangemoedigd wordt om verantwoorde keuzes te maken. Verzekeraars moeten op prijs, service en kwaliteit gaan concurreren en zorgaanbieders moeten meer geprikkeld worden om doelmatig zorg te leveren. De overheid behoudt in onze visie een belangrijke rol in het waarborgen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Maar de fundamenten van ons stelsel moeten worden vernieuwd door de verantwoordelijkheden zo dicht mogelijk te leggen bij de mensen en instituties waar het om gaat.

2. Verantwoordelijkheden leggen waar ze horen

De afstand tussen *beslissen over, betalen voor* en *gebruiken van* de zorg is nu te groot. Het kabinet werkt daarom aan een nieuw zorgstelsel waar de verantwoordelijkheden komen te liggen waar ze horen: bij burgers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en in bepaalde gevallen bij gemeenten. Deze partijen krijgen meer ruimte om zelf te beslissen maar worden tegelijkertijd meer geconfronteerd met de gevolgen van hun gedrag.
Het jaar 2005 is een belangrijk jaar. We bereiden ons voor op belangrijke wijzigingen die in 2006 moeten ingaan: de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) voor de curatieve zorg, de aangepaste AWBZ en de nieuwe Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Naar een kritische zorgconsument

Meer bewust zijn van gezond leven
Ons vertrekpunt is dat de burger meer verantwoordelijkheid moet nemen voor zijn eigen gezondheid. Veel mensen gaan achteloos met hun gezondheid om. Het verband tussen ongezond leven en het vóórkomen van ziekten wordt namelijk steeds duidelijker. Ongezondheid is voor ongeveer 30 tot 50 procent het gevolg van ongezond gedrag[2]. Ook een belangrijk deel van de totale jaarlijkse sterfte (140 000 sterfgevallen in

[1] Zorgquote: aandeel van het bruto binnenlands product dat aan zorg wordt uitgegeven.
[2] Onderzoek van de Raad van de Volksgezondheid (RVZ-advies «Gepaste Zorg», juni 2004) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (de Hollander AEM. Assessing and evaluating the health impact of environmental exposures «Deaths, DALYs or Dollars?», Utrecht, 2004).

2000) hangt samen met ongezond gedrag. Het gaat dan om onder andere roken (circa 15 procent van de jaarlijkse sterfte), onvoldoende bewegen (6 procent) en te veel verzadigd vet eten (5 procent)[1].

Doen we niets dan belast het toenemend ongezonde gedrag het zorgsysteem de komende jaren onnodig veel. Bovendien kunnen velen de kwaliteit van hun leven verbeteren door zich gezonder te gedragen. Het kabinet stimuleert daarom actie tegen de drie belangrijkste boosdoeners: overgewicht, diabetes en roken. Lokale partijen, scholen, bedrijven en zorgverzekeraars moeten daarbij helpen.

Meer keuzemogelijkheden burgers
Burgers moeten meer kunnen kiezen, dat is een belangrijk onderdeel van de nieuwe Zorgverzekeringswet. De burger moet zich in de zorg veel meer als een kritische consument gaan opstellen en bewust kiezen voor een zorgverzekeraar en polis die bij hem past. De drempels om van verzekeraar te veranderen worden weggenomen. Daarnaast krijgt de burger meer mogelijkheden om een goede zorgaanbieder te kiezen. Kritisch gedrag van burgers zet zorgverzekeraars en zorgaanbieders ertoe aan om goede zorg tegen een scherpe prijs te bieden.
Ook dient de burger te kiezen voor gepast, dus niet onnodig, gebruik van de zorg. Een beroep op collectieve voorzieningen dient alleen te worden gedaan wanneer dat echt nodig is; burgers moeten verzorging en ondersteuning waar mogelijk eerst zelf organiseren.

De zorgconsument heeft goede informatie nodig voor doordachte keuzes. Die is er al op veel plekken maar niet altijd even toegankelijk en betrouwbaar. VWS gaat de burger ondersteunen met internetsites die onder meer gezondheidsinformatie bevatten en informatie om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te kunnen vergelijken. Daarnaast kan gezondheidsinformatie bij belcentra van artsen of verzekeraars ongepast gebruik van zorg tegengaan.

Financiële verantwoordelijkheid burger
Mensen maken wanneer zij een financieel belang hebben meer bewuste keuzes over de mate waarin zij zorg vragen. Wil de zorg op termijn betaalbaar blijven, dan moeten burgers beseffen wat zorg kost. Keuzevrijheid leidt bij het ontbreken van kostenbewustzijn tot vrijblijvendheid. De Nederlandse burger betaalt de afgelopen jaren overigens al een steeds groter deel van het besteedbaar inkomen aan zorg. De modale werknemer betaalt in 2005 naar schatting € 460 per maand aan wettelijke zorgpremies, terwijl dat in 1997 nog € 200 minder was; dit is een stijging van bijna tachtig procent in acht jaar tijd. Het inkomen van de modale werknemer steeg in deze periode met 31 procent. De wettelijke premies zouden zonder de maatregelen van dit kabinet in 2005 ruim € 500 per maand bedragen.

Het kabinet heeft, om de financiële verantwoordelijkheid dichter bij de burger te brengen, in 2004 al enkele maatregelen genomen: verkleinen van het collectief verzekerde pakket en verhogen van de eigen bijdrage in de AWBZ. De no-claimregeling in de curatieve zorg die op 1 januari 2005 ingaat, is een nieuwe stap. Deze regeling geeft burgers meer verantwoordelijkheid en stimuleert hen bewuster na te denken over het al dan niet gebruiken van zorg. De Nederlandse burger betaalt ondanks al deze maatregelen met eigen bijdragen in 2005 toch nog maar negen procent van de zorgkosten direct.
Ten slotte kent de nieuwe Zorgverzekeringswet straks een nominale

[1] Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002, RIVM, pagina 173.

premie die per verzekeraar en polisvorm kan verschillen. Deze nominale premie geeft de burger een groter financieel belang om bewust te kiezen voor een verzekeraar die goed bij hem past.

Verzekeraars moeten meer concurreren

Zorgverzekeringswet
De nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) moet de nadelen van het huidige zorgverzekeringsstelsel wegnemen. De kern van de nieuwe wet is dat er één verzekering komt waarvoor de overheid het verplichte basispakket bepaalt en waarvoor verzekeraars iedereen moeten accepteren, ongeacht leeftijd of gezondheidsrisico's. Alle verzekerden gaan een inkomensonafhankelijke nominale premie betalen, die per verzekeraar kan verschillen. Mensen die een te groot deel van hun inkomen aan zorgpremie betalen, worden tegemoet gekomen in de kosten met een wettelijke zorgtoeslag.
De ZVW zal de concurrentie op de zorgmarkt doen toenemen. Ten eerste komt er één grote markt (niet langer een onderscheid tussen ziekenfonds en particulier) waarop iedere Nederlander voor elke verzekeraar een potentiële klant is. Ten tweede neemt het belang van concurrentie voor verzekeraars en verzekerden toe door het hogere niveau van de nominale premie. Dit hogere niveau komt door een verschuiving van inkomensafhankelijke naar nominale premie. Verzekeraars kunnen met elkaar concurreren op de hoogte van de nominale premie. Ook kunnen ze onderling concurreren op de wijze van vergoeden, dienstverlening, kwaliteit van de zorg, de hoogte van het eigen risico en de daaraan verbonden premiekorting. Bovendien wordt de gehele Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) en een deel van de AWBZ in de ZVW opgenomen, waardoor verzekeraars meer risico gaan dragen.
Ten slotte zal de kwaliteit van de concurrentie verbeteren. Klanten die te duur dreigen te zijn mogen niet meer worden geweigerd (verbod risicoselectie). Hierdoor zullen zorgverzekeraars zich moeten gaan onderscheiden door goede zorg tegen een scherpe prijs (verzekeringspremie) aan te bieden. De zorgverzekeraar kan in zijn nieuwe rol zorgaanbieders meer onder druk zetten om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verhogen, in het belang van de zorgconsumenten. De verzekeraar zal stevig met de zorgaanbieders over de prijs en inhoud van de zorg gaan onderhandelen om de cliënt goede zorg tegen een scherpe prijs te kunnen bieden.

AWBZ
De AWBZ voorziet op een solidaire manier in de behoefte aan zorg van chronisch zieken, lichamelijk en verstandelijk gehandicapten en mensen in verpleeg- en verzorgingshuizen. De AWBZ is een belangrijke sociale voorziening die het waard is om behouden te blijven. Om de kosten beheersbaar te houden moet het huidige systeem wel worden aangepast. De AWBZ kostte in 2003 nog € 20 miljard; doen we niets dan is dat in 2020 € 48,5 miljard. De AWBZ-premie dreigt met deze groei te stijgen van 12,3 procent van het brutoloon in 2003 naar 17,2 procent in 2010 en 24,1 procent in 2020.
Het kabinet wil de AWBZ meer betaalbaar en doelmatig maken en brengt de AWBZ daarom terug tot z'n oorspronkelijke doelstelling: het financieren van onverzekerbare kosten. Dus een verzekering voor ernstige, chronische hulpvragen van mensen. Daarom gaat de kortdurende geestelijke gezondheidszorg uit de AWBZ naar de ZVW die door risicodragende partijen wordt uitgevoerd. Daarnaast gaan hulp en ondersteuning vanuit de AWBZ naar het nieuwe stelsel van lokale hulp en dienstver-

lening, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, waarin de gemeente de regie voert. Mensen moeten ondersteuning eerst in hun eigen sociale omgeving proberen te regelen en waar zij dit kunnen, er meer aan meebetalen. Lukt dit niet, dan kan een beroep worden gedaan op voorzieningen van de gemeente.

Deze structurele maatregelen vragen forse inspanningen van alle partijen. Het is gewenst dat deze ontwikkeling zo min mogelijk door ad-hocingrepen wordt doorkruist. Daarom is met de verschillende organisaties van aanbieders van zorg voor de periode tot en met 2007 een convenant afgesloten. Hierin is afgesproken dat de aanbieders van zorg voor hetzelfde geld jaarlijks 1,25% meer mensen in de zorg zullen nemen om nieuwe uitgavenoverschrijdingen te voorkomen. Het kabinet stelt daar tegenover dat (behoudens bijzondere omstandigheden) als de uitgaven voor de AWBZ binnen het uitgavenkader blijven, geen nieuwe pakket- of generieke tariefsmaatregelen zullen worden genomen.

Het kabinet wil verder de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg in de AWBZ verbeteren.
Er worden maatregelen genomen voor betere sturing, dienstverlening en meer marktwerking. Zo wordt de indicatiestelling in de AWBZ vanaf 1 januari 2005 weer strakker centraal geregeld en niet meer aan individuele gemeenten overgelaten.
Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moet zorgen voor een zo uniform en weinig bureaucratisch mogelijke werkwijze bij het beoordelen van zorgvragen.

Op 1 januari 2005 gaat de functiegerichte bekostiging voor de extramurale zorg in. Dit betekent dat de zorg via een eenvoudig en inzichtelijk systeem wordt betaald dat beter aansluit bij de zorgvraag van de klant. Het nieuwe systeem geeft zorgkantoren de mogelijkheid om met aanbieders te onderhandelen over de in te kopen zorg. Ook hoeft het zorgkantoor sinds 1 september 2004 niet meer met elke instelling in zee te gaan, het kan slecht presterende instellingen weigeren of dwingen hun dienstverlening te verbeteren. Om zorgkantoren op hun beurt «scherp» te houden ziet het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) toe op hun prestaties. Als in 2006 de AWBZ zijn bedoelde vorm en reikwijdte heeft gekregen, zal het kabinet beslissen over de positie van de zorginkoopfunctie die nu nog risicoloos door zorgkantoren wordt uitgevoerd.

Stevige rol gemeenten in nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Het kabinet voert naar verwachting in 2006 de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in. De huidige Welzijnswet, waaronder het lokale jeugdbeleid, en de Wet Voorzieningen Gehandicapten gaan op in de WMO. Vanuit de AWBZ gaan de huishoudelijke verzorging, een deel van de ondersteunende en activerende begeleiding en een aantal specifieke subsidieregelingen naar de WMO.
De WMO gaat uit van de mogelijkheden van burgers zelf; nu leunen burgers te veel op overheidsvoorzieningen om eenvoudige problemen op te lossen. Daarnaast moet de WMO een eind maken aan onvrede over het aanbod: er is te weinig samenhang, er zijn te veel loketten en er is geen sprake van «zorg op maat». Vooral de groeiende groep ouderen en gehandicapten die zelfstandig wil blijven wonen, heeft daar last van.

Gemeenten krijgen de regie over het uitvoeren van de voorzieningen in de nieuwe WMO. Zij zullen zich moeten verantwoorden naar de gemeenteraad en de eigen burgers over de wijze waarop ze deze taak invullen. Het kabinet overlegt onder meer met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten over hoe de nieuwe wet ingevoerd moet worden. In 2005 werken wij verder aan het benodigde wettelijk kader.
Vooruitlopend op de feitelijke invoering van de WMO worden in 2005, in diverse gemeenten experimenten gestart. Tal van gemeenten hebben zich hiervoor aangemeld. De experimenten spelen zich onder andere af op het gebied van huishoudelijke zorg en verslavingszorg.

Zorgaanbieders moeten beter presteren

Ook de zorgverleners zelf moeten beter gaan presteren. Daarvoor is het nodig dat verzekeraars stevig met aanbieders van zorg onderhandelen over prijs en kwaliteit. Daarnaast moeten consumenten zich kritisch opstellen over de kwaliteit en service van de zorgaanbieders. Dit dwingt zorgaanbieders er toe om goede zorg voor een scherpe prijs te leveren. Voor betere prestaties van zorgaanbieders zijn drie aspecten van marktwerking van belang: inzicht in prestaties, meer tegenwicht van verzekeraars en consumenten en meer onderhandelingsruimte.

Inzicht in prestaties
Goed zicht op prestaties legt druk op aanbieders om goed te presteren. Het moet duidelijker worden wat zorgaanbieders precies doen en tegen welke prijs. Ziekenhuizen krijgen hiervoor een systeem van diagnose-behandelcombinaties (dbc's). Dit laat zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner verricht bij welke ingreep en tegen welke prijs.
Er komen tevens prestatievergelijkende onderzoeken (*benchmarks*) voor bijvoorbeeld ziekenhuizen en de eerstelijnszorg. DBC's en de vergelijkende onderzoeken bieden verzekeraars handvatten om te onderhandelen over prijs en kwaliteit van de zorg.
In de AWBZ maakt de nieuwe functiegerichte bekostiging duidelijk welk prijskaartje er aan een bepaalde vorm van zorg hangt. Het zorgkantoor kan hiermee de prijzen van verschillende aanbieders vergelijken. Daarnaast wordt op 1 januari 2005 een nieuw systeem van gegevensuitwisseling in de AWBZ ingevoerd, het AWBZ Zorgregistratiesysteem (AZR). Dit nieuwe elektronische systeem vergroot de doelmatigheid door snellere gegevensuitwisseling tussen de organisaties in de zorg.

Tegenwicht voor zorgaanbieders
Om zorgaanbieders beter te laten presteren is meer tegenwicht nodig van andere partijen: verzekeraars en burgers. De ZVW legt meer druk bij de zorgverzekeraar om steviger te onderhandelen met de aanbieders. Zo maken zorgverzekeraars met huisartsen aan de hand van een praktijkplan afspraken welke diensten deze leveren. De verzekeraar kan basistaken bij de huisarts inkopen, maar ook extra taken, bijvoorbeeld diabetesbehandeling.
In de AWBZ gaan zorgkantoren meer onderhandelen met aanbieders, zij hoeven niet meer bij iedere aanbieder zorg af te nemen.
De goed geïnformeerde en kritische zorgconsument is ten slotte ook een belangrijk tegenwicht voor de zorgaanbieder. Hij zal minder presterende zorgaanbieders zoveel mogelijk mijden.

Meer onderhandelingsruimte
Concurrentie en onderhandelingen met verzekeraars dwingen zorgaanbieders tot beter presteren. Zo mogen verzekeraars vanaf 1 januari 2005 voor gemiddeld tien procent van de ziekenhuisproductie vrij onderhandelen met ziekenhuizen over de prijs.
Bij de fysiotherapeuten worden de tarieven op 1 januari 2005 bij wijze van proef vrijgelaten. Dit betekent dat de verzekeraars met de fysiotherapeuten onderhandelen over de prijs van een consult.
Naast deze randvoorwaarden voor betere prestaties stimuleren wij acties voor meer doelmatigheid bij zorgaanbieders. Zo werken VWS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten samen in het programma *Sneller Beter.* Uitgangspunt hiervan is dat er veel goed gaat in de ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg, maar in veel gevallen kan het sneller en beter. Vernieuwing in de zorg kan leiden tot betere kwaliteit én/of minder kosten. Het programma besteedt ook aandacht aan patiëntveiligheid. In één van de onderdelen van het programma werpen topmanagers uit het bedrijfsleven als «ambassadeur» een frisse blik op de huidige prestaties in de zorg. De ervaringen met de eerste ambassadeur hebben mede geleid tot afspraken met de ziekenhuizen over meer doelmatigheid in de patiëntenlogistiek; de manier waarop een ziekenhuis de zorg voor patiënten organiseert.

Overheid blijft randvoorwaarden bepalen

De overheid is en blijft verantwoordelijk voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. De overheid bepaalt – zij het veel minder in detail dan tot nu toe – de spelregels, ziet toe op een juiste toepassing daarvan en schept de voorwaarden voor een goed functionerende gezondheidszorg. VWS richt zich voor een goede invulling van de veranderende rol het komende jaar vooral op:

Bevorderen concurrentie en beter toezicht op mededinging
Er komt geleidelijk aan op een aantal zorgmarkten meer marktwerking (ziekenhuizen en fysiotherapie). Er blijft de mogelijkheid om in te grijpen bij ongewenste ontwikkelingen. Tevens worden eerlijke concurrentie en marktcondities goed in de gaten gehouden. De Zorgautoriteit (nu nog in oprichting) volgt de effecten van het invoeren van marktwerking. In 2006 gaat de Zorgautoriteit echt van start. Zij krijgt dan meer wettelijke bevoegdheden om zowel concurrentie in de zorg te bevorderen als waar nodig in te grijpen.

Meer vrijheid bouw instellingen
De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) ligt bij de Tweede Kamer ter behandeling als vervanger van de Wet Ziekenhuisvoorziening (WZV). De nieuwe wet maakt het mogelijk om gereguleerde marktwerking te introduceren in het zorgaanbod. Dat betekent onder meer dat de bouw van zorginstellingen geleidelijk aan meer aan het veld wordt overgelaten. Op grond van deze wet worden eisen gesteld aan transparant bestuur en ordelijke bedrijfsvoering.

Toezichtstructuur aanpassen
Andere regels en ander toezicht hebben gevolgen voor de huidige organen die zich met regels en toezicht bezighouden. Dit raakt zowel het ministerie van VWS zelf als de zelfstandige bestuursorganen (ZBO's). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gaat haar toezicht anders organiseren. Voor ieder terrein waar de IGZ zich op richt, inventariseert ze welke (potentieel) ernstige risico's de aandacht van de inspectie vragen en

welke vormen van toezicht daarvoor nodig zijn. De Tweede Kamer krijgt tegelijk met de wettelijke regeling van de Zorgautoriteit in 2005 een voorstel voor een nieuwe toezichtstructuur.

3. Ombuigingen en intensiveringen in 2005

Het kabinet zet vol in op het vernieuwen van de fundamenten van ons zorgstelsel. Maar ook de afgelopen jaren is er in de zorg al veel gebeurd. Vanaf 2000 is met de introductie van het «boter-bij-de-vis-principe» extra geld in de zorg geïnvesteerd om de zorgproductie te verhogen. Dit heeft er toe geleid dat de wachtlijsten over de hele linie zijn gedaald en dat op veel plaatsen de wachttijden korter zijn geworden.
De keerzijde hiervan was een sterke stijging van de zorguitgaven. Het Kabinet heeft daarom bij de begroting 2004 een aantal maatregelen genomen om de zorguitgaven te beheersen. Zo is in 2004 het verzekerde pakket beperkt en zijn de eigen betalingen in de AWBZ verhoogd. Daarnaast is in februari 2004 het geneesmiddelenconvenant gesloten tussen VWS, KNMP, Zorgverzekeraars Nederland en de Bond van de generieke geneesmiddelenindustie in Nederland. Dit convenant heeft ervoor gezorgd dat de prijzen van merkloze geneesmiddelen substantieel zijn gedaald. Tevens stimuleert het convenant zorgverzekeraars en apotheekhoudenden om afspraken te maken over doelmatig inkoop- en aflevergedrag. De opbrengst van het convenant voor 2004 wordt geraamd op tenminste € 600 mln. Dankzij het convenant lijken de totale jaarlijkse uitgaven aan geneesmiddelen voor het eerst sinds lange tijd te dalen in plaats van stijgen.

Ondanks de genomen maatregelen in de zorg is er in 2004 toch € 1 miljard meer uitgegeven dan was begroot. Daarom acht het Kabinet het noodzakelijk ook in 2005 een aantal maatregelen te nemen. Deze maatregelen richten zich vooral op de zorgaanbieders en vergroten van de doelmatigheid. Zo worden zowel in de curatieve zorg als in de AWBZ een convenant gesloten waarin de afspraak tot vergroten van de doelmatigheid wordt vastgelegd.

Maatregelen curatieve zorg

- Een aantal niet strikt medisch noodzakelijke behandelingen verdwijnt per 1 januari 2005 uit het verzekerde pakket en wordt dus niet langer vergoed. Dit betreft bijvoorbeeld vetschortoperaties en herstel-operaties na sterilisatie man. Structurele besparing: € 70 miljoen.
- Ziekenhuizen, verzekeraars en VWS hebben een convenant gesloten voor meer doelmatigheid in ziekenhuizen. De € 240 miljoen die dit kan opleveren is een eerste stap in het realiseren van doelmatigheidswinst op de langere termijn. Het convenant legt de doelmatigheidswinst met centrale afspraken vast. In de toekomst moet verhoging van de doelmatigheid resultaat zijn van vrije onderhandelingen. Beide aanpakken leiden tot een beheerste groei van de zorguitgaven. Structurele besparing: € 240 miljoen.

Maatregelen AWBZ
De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven in 2004 was voor het kabinet reden om beheersingsmaatregelen te nemen. Om ook in 2005 de uitgaven te beperken worden de volgende maatregelen genomen:

- de zorgvraag gaat bij de indicatiestelling kritischer beoordeeld worden.
- met de organisaties van zorgaanbieders is een convenant afgesloten waarin is afgesproken dat zij jaarlijks 1,25% doelmatigheidswinst zullen boeken;

- in datzelfde convenant is afgesproken dat de ingezette maatregelen voor beheerste groei worden gecontinueerd;
- ook is afgesproken dat de regeling voor zorgvernieuwing voor geestelijke gezondheidszorg en voor gehandicaptenzorg net als in de verpleeghuiszorg en de thuiszorg komt te vervallen. Wel wordt een bedrag van € 15 miljoen in 2005 oplopend tot € 45 miljoen in 2007 gereserveerd voor innovatie en zullen er middelen voor ICT-investeringen worden gereserveerd. Ook zullen partijen zich gezamenlijk inspannen om administratieve lastenverlichting te realiseren.
- als het convenant niet in zijn opzet slaagt en er opnieuw onvoorziene overschrijdingen dreigen, zal het kabinet aanvullende maatregelen in de tarieven nemen.

Extra geld
Voor enkele beleidsterreinen trekken wij in 2005 extra geld uit:
- De infrastructuur voor het bestrijden van infectieziekten wordt verbeterd vanwege de toenemende dreigingen op dit terrein. Investering in 2005: € 25 miljoen.
- De stelselherziening is een ingrijpende operatie waar wij extra geld voor uittrekken. Investering in 2005: € 49 miljoen.
- Er wordt geïnvesteerd in extra opleidingen in de zorg. Dit betreft onder andere verpleegkundige vervolgopleidingen en opleidingen voor medisch-ondersteunende functies. Investering in 2005: € 10 mln.
- Voor chronische zieken in de zorg wordt € 25 miljoen extra ingezet.

4. Overige prioriteiten

Wet op de Jeugdzorg en Operatie Jong
Het jaar 2005 is een mijlpaal in de jeugdzorg omdat dan de nieuwe Wet op de Jeugdzorg van kracht wordt. De nieuwe wet moet de doelmatigheid en de kwaliteit van de jeugdzorg verbeteren en met er voor zorgen dat jongeren en hun opvoeders eerder en beter worden geholpen. De wet gaat onnodige bureaucratie tegen. Een landelijke jeugdzorgbrigade doet op verzoek van VWS voorstellen om de doelmatigheid, kwaliteit en innovatie in de jeugdzorg te verbeteren.
De interdepartementale Operatie Jong pakt knelpunten aan tussen lokale, regionale en landelijke overheid bij sectoren als onderwijs, arbeidsmarkt en welzijn. Die aanpak moet de keten van voorzieningen voor de jeugd versterken. De commissaris jeugd- en jongerenbeleid adviseert het kabinet eind 2005 over betere samenhang in het landelijke jeugdbeleid. Een voorbeeld van de genoemde samenwerking is de BOS-regeling waarmee VWS de samenwerking tussen buurt, onderwijs en sport op lokaal niveau wil stimuleren. Doel van deze samenwerking is het verminderen van achterstanden van jeugdigen door het inzetten van sport- en beweegactiviteiten.

Nieuwe sportnota in 2005
Hoe staat de rijksoverheid in de sportwereld en welke rol hoort daarbij, zeker nu de overheid weer meer verantwoordelijkheden bij burgers en instellingen zelf wil leggen? Die vragen krijgen een antwoord in de nieuwe sportnota van VWS die in het voorjaar van 2005 aan de Tweede Kamer wordt aangeboden.
De nota legt de uitgangspunten en doelstellingen van het sportbeleid van VWS voor de komende jaren vast. De teneur zal zijn: keuzes maken, afbakenen van taken en vastleggen van prestaties van zowel de sport als de overheid.

Minder bureaucratie in de zorg
Het kabinet wil de administratieve lasten in vier jaar met een kwart reduceren. Hiervoor zijn niet alleen minder regels maar ook een betere bedrijfsvoering nodig bij bedrijven, instellingen en vrije beroepsbeoefenaren. Op de VWS-terreinen is een besparing van € 310 miljoen mogelijk door regels en handelingen te schrappen of te vereenvoudigen, procedures met minder administratieve lasten in te voeren en bestaande informatie en informatiebronnen beter te gebruiken zodat niet telkens dezelfde handelingen hoeven te worden verricht. Voorbeelden zijn: het afschaffen van de machtigingen, eenvoudiger declaratieverkeer en het moderniseren van de jaarverantwoording. VWS verwacht de administratieve lasten in 2005 met € 85 miljoen te kunnen verminderen. Daarnaast werkt VWS aan de reductie van administratieve lasten voor burgers. Daarvoor wordt een nulmeting verricht en worden reductievoorstellen opgesteld. Onderstaande tabellen laten de verwachte afname en toename van de administratieve lasten in 2005 voor de VWS-terreinen zien.

Tabel 1 Overzicht afname administratieve lasten voor het bedrijfsleven in 2005

Wet- of regelgeving	Totale AL van betreffende wet of regel	Actie	Reductie in mln €	Reductie in %
ZFW	€ 692,1	Deels verder afschaffen van de machtigingen en het vereenvoudigen van handelingen door toepassing van ICT	€ 40	5,78%
ZFW	€ 692,1	Stroomlijnen declaratieverkeer	€ 30	4,33%
WZV/TVMD	€ 41,7	Vereenvoudiging procedures rond bouw	€ 15	36,08%
Totaal			€ 85	

Tabel 2 Overzicht toename administratieve lasten voor het bedrijfsleven in 2005

Wet- of regelgeving	Totale AL van betreffende wet of regel in mln €	Actie om toename zo veel mogelijk te beperken	Toename in mln €	Toename in %
PM	PM	PM	PM	PM
Totaal	PM	PM	PM	PM

Op dit moment wordt geen toename van de lasten verwacht.

Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf beschrijft het financiële beleid op hoofdlijnen. Dat gebeurt met twee tabellen: één voor de uitgaven die uit premiegelden betaald worden en één voor uitgaven die uit begrotingsgelden betaald worden. Beide tabellen beslaan de jaren 2004 tot en met 2007.

Tabel 3 Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven (bedragen x € miljoen)

	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2004	**41 219,9**	**42 253,7**	**44 744,4**	**47 316,9**
Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers	**1 083,6**	**1 030,4**	**1 068,0**	**1 104,8**
care				
Doorwerking afrekening 2003	270,6	270,6	270,6	270,6
Extra productie zorg bij ongewijzigd beleid	348,5	348,5	348,5	348,5
Bovenbudgettaire vergoedingen[1]	49,4	49,4	49,4	49,4
Raming eigen betalingen	189,6	212,4	250,0	286,8
cure				
Doorwerking afrekening curatieve zorg intramuraal 2003	151,6	116,6	116,6	116,6
Extra productie curatieve zorg intramuraal 2004	119,7	119,7	119,7	119,7
Doorwerking afrekening overig cure 2003	– 38,2	– 38,2	– 38,2	– 38,2
Besparingsverlies taakstelling administratieve lasten (de Beer)	17,0	26,0	26,0	26,0
Ramingsbijstelling maatregel fysiotherapie uit pakket	– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0
Vertraging maatregel overig ziekenvervoer	50,0	0,0	0,0	0,0
overig				
Doorwerking afrekening 2003	25,4	25,4	25,4	25,4
Maatregelen	**– 17,5**	**– 1 005,0**	**– 1 111,5**	**– 993,9**
Maatregelen care 2004				
Zorgvernieuwing ouderenzorg 2004	40,0	0,0	0,0	0,0
Aanpak gebruik zorg zonder geldige indicatie	– 6,5	– 25,0	– 15,0	– 10,0
Beheerste groei	– 206,0	– 206,0	– 206,0	– 206,0
Maatregelen cure 2004				
Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer	15,0	26,0	26,0	26,0
Schrappen vergoeding sterilisatie 2004	– 15,0	– 26,0	– 26,0	– 26,0
Vervallen eigen bijdrage geneesmiddelen (medicijnknaak)	210,0	210,0	210,0	210,0
Zelfzorggeneesmiddelen uit pakket	– 55,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0
Maatregelen care 2005				
Beheerste groei 2005		– 284,0	– 400,5	– 287,9
Maatregelen cure 2005				
Beheerste groei ziekenhuizen 2005		– 240,0	– 240,0	– 240,0
Verkleining verzekerd pakket 2005		– 70,0	– 70,0	– 70,0
Meeropbrengst no-claimregeling		– 360,0	– 360,0	– 360,0
Specifiek beleid chronisch zieken		25,0	25,0	25,0
Technische en macro-economische mutaties[2]	**213,6**	**– 501,1**	**– 598,7**	**– 783,6**
Aanpassing loon- en prijsbijstelling	61,5	– 397,5	– 593,1	– 778,8
Financieringsontwikkeling	211,7	– 93,4	0,0	0,0
Overboekingen	– 52,1	– 34,3	– 55,9	– 52,2
Diversen	– 7,5	24,1	50,3	47,4
Stand ontwerpbegroting 2005	42 499,6	41 777,9	44 102,2	46 644,1

[1] Betalingen aan instellingen voor zaken die niet in het budget van de instelling zijn opgenomen. Het betreft vooral specifiek aangepaste hulpmiddelen zoals rolstoelen.

[2] Deze wijzigingen beïnvloeden wel de totale BKZ-uitgaven maar hiertegenover staan wijzigingen in het BKZ zelf (zie het Financieel Beeld Zorg).

De aanpak van de wachtlijsten in de zorg heeft de afgelopen jaren tot flinke extra uitgaven geleid. De VWS-begroting voor 2004 hield in de meerjarenramingen rekening met het verder stijgen van de zorgproductie. De afrekening over 2003 liet echter zien dat de netto BKZ-uitgaven zowel in de care als in de cure nog sneller groeiden.
In de care traden na de begroting 2004 ook tegenvallers op bij de bovenbudgettaire vergoedingen en bij de omvang van de eigen betalingen. De curatieve zorg had te maken met verdere tegenvallers vanwege minder besparingen dan was afgesproken voor administratieve lasten (maatregelen commissie De Beer) en het later invoeren van de maatregel

voor het overig ziekenvervoer. Een meevaller was dat de raming van de opbrengst voor de maatregel schrappen fysiotherapie uit het pakket met € 100 miljoen kon worden verhoogd.
Per saldo geven we als gevolg van de productieontwikkeling en de mee- en tegenvallers in 2004 ruim € 1 miljard meer uit dan was begroot.

De huidige economische situatie en het beleid op het gebied van de overheidsfinanciën dwingen ons tot maatregelen. Het kabinet kiest voor een beheerste groei van de AWBZ. Aanbieders van AWBZ-zorg en zorgkantoren mogen in 2004 in principe geen aanvullende productieafspraken maken boven het niveau van de per 1 maart 2004 reeds goedgekeurde productieafspraken. Hiervan kan alleen in bijzondere situaties worden afgeweken. Voor 2005 en de jaren daarna houden wij vast aan beheersing van de uitgaven, maar bieden wij tegelijkertijd ruimte voor groei en het oplossen van specifieke knelpunten. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door binnen het beschikbare budget voor de AWBZ-zorg vanaf 2005 extra productie te realiseren, zoals in het convenant met de organisaties van zorgaanbieders is afgesproken.
De maatregel voor het beperken van het zittend ziekenvervoer is mede op verzoek van de Tweede Kamer aangepast en de voorziene eigen bijdrage voor geneesmiddelen (medicijnknaak) is geschrapt. Wij hebben dit financieel gecompenseerd door de vergoeding van de hersteloperatie sterilisatie bij de man te schrappen uit het pakket, de meeropbrengst van de no-claimregeling in te boeken en het resterende deel van de zelfzorggeneesmiddelen uit het pakket te halen.
De hogere uitgaven in de ziekenhuizen wordt bestreden door in convenanten met de algemene ziekenhuizen en met de academische ziekenhuizen af te spreken om de prijs per eenheid product te verlagen. Daarnaast schrappen wij in 2005 opnieuw enkele zaken uit het verzekerde pakket en verhogen wij de opbrengst van de no-claimregeling.
Het kabinet zet € 25 miljoen in voor chronisch zieken in de zorg. Dit bedrag zal onder andere ingezet om een aantal clusters van zelfzorggeneesmiddelen weer terug te brengen in het pakket en om de maatregel zittend ziekenvervoer te verzachten.

Ten slotte bevat de tabel nog diverse technische en macro-economische wijzigingen. Deze mutaties verlagen de BKZ-uitgaven, maar daar staat tegenover dat ook het Budgettair Kader Zorg zelf wordt verlaagd. In het Financieel Beeld Zorg wordt hier nader op ingegaan.
De meest omvangrijke bijstelling is het gevolg van de macro-economische ontwikkelingen. De lagere loon- en prijsramingen van het Centraal Planbureau verlagen ook in de BKZ-uitgaven de beschikbare ruimte voor loon- en prijsbijstelling. De financieringsontwikkeling gaat over bijstellingen op de geraamde bedragen die nodig zijn om achterstanden in de financiering van de budgetten uit het verleden in te halen. Het bedrag bij overboekingen gaat over het saldo van overboekingen tussen het premiegefinancierde deel van de VWS-begroting en het begrotingsgefinancierde deel van de VWS-begroting of andere begrotingen.

Tabel 4 Ontwikkeling begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerpbegroting 2004	**11 040 692**	**11 126 576**	**11 746 130**	**12 078 919**
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004[1]	**175 378**	**94 442**	**108 438**	**111 715**
Waarvan belangrijkste beleidsmatige mutaties	**49 187**	**19 187**	**12 191**	**8 190**
Project Toekomst zorgstelsel	10 187	10 187	3 191	– 810
Wet voorzieningen gehandicapten	7 000	7 000	7 000	7 000
Infectieziektenbestrijding	3 000	3 000	3 000	3 000
Opleidingen	4 000	4 000	4 000	4 000
Afbouw sectorfondsen	25 000	– 5 000	– 5 000	– 5 000
Stand 1e Suppletore Wet 2004	**11 216 070**	**11 221 018**	**11 854 568**	**12 190 634**
Mutaties sinds de 1e Suppletore Wet 2004	**294 256**	**51 687**	**– 404 454**	**– 470 241**
Waarvan belangrijkste mutaties	**272 370**	**20 899**	**– 441 162**	**– 511 806**
Efficiencytaakstelling		– 1 944	– 3 733	– 5 523
Taakstelling inkoop en aanbesteding	– 385	– 700	– 700	– 700
Infectieziektebestrijding		30 640	24 820	23 570
Diagnose Behandel Combinaties GGZ		12 200	1 000	1 000
Tolk- en vertaalcentrum		8 504	8 504	8 504
Regionale Indicatie Organen	4 000	72000	55 000	43 000
Overheveling vanuit Gemeentefonds (centrale indicatiestelling)		81 309	81 309	81 309
Beëindigen subsidierelatie sectorfondsen			– 18 600	– 28 000
Meer opleidingscapaciteit		5 536	5 536	5 536
Portal organisatie zorginformatie		5 254	4 000	3 000
Project Toekomst Zorgstelsel		21 055	6 234	
Rijksbijdrage ZFW	200 000			
Bijdrage in kosten van kortingen (BIKK)	53 300	– 220 157	– 613 735	– 654 705
Gebruik AWBZ zonder indicatie	4 500			
Loonbijstelling	10 955	5 082	5 083	5 083
HGIS bijdrage		2 120	4 120	6 120
Waarvan premiemutaties	**21 043**	**33 082**	**36 677**	**38 287**
Reductie administratieve lasten	13 300			
Exploitatiekosten c2000	6 480	6 480	6 480	6 480
Jeugdbeleid	0	25 000	25 000	25 000
Korting op zbo's	810	2 120	3 430	5 040
Abortuskliniek	4 000	4 000	4 000	4 000
Beleidsregels Integrale KankerCentra	– 3 000	– 3 000	– 3 000	– 3 000
Zorgautoriteit in oprichting		– 2 285		
Overige premie-mutaties	– 547	767	767	767
Overige mutaties	**843**	**– 2 294**	**31**	**3 278**
Stand ontwerpbegroting 2005	**11 510 326**	**11 272 705**	**11 450 114**	**11 720 393**

[1] Voor een toelichting op deze mutaties verwijzen wij u naar de Wijziging van de begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota) (TK 2003–2004, 29 564 XVI, nr. 1–2).

Tabel 4 laat de ontwikkeling van de uitgaven van de VWS-begroting zien vanaf de stand ontwerpbegroting 2004. Eerst worden de wijzigingen uit de Voorjaarsnota/1e Suppletore Wet 2004 weergegeven. Dan volgen de wijzigingen die sinds de 1e Suppletore Wet hebben plaatsgevonden. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de belangrijkste mutaties, overhevelingen uit de premiemiddelen en overige mutaties.

Het kabinet heeft besloten tot een aanvullende efficiencytaakstelling. Deze bedraagt voor VWS € 1,9 miljoen in 2005 oplopend tot € 5,5 miljoen voor 2007 en latere jaren. Deze taakstelling staat, in afwachting van een concrete invulling, net als de taakstelling «inkoop en aanbesteding», op

artikel 99 (Nominaal en onvoorzien) geparkeerd. Wij informeren de Tweede Kamer over de additionele efficiencytaakstelling nader bij de 1e Suppletore Wet 2005. Voor de taakstelling «inkoop en aanbesteding» gebeurt dit bij de 2e Suppletore Wet 2004.
Zie de verdiepingsbijlage voor een toelichting op de overige mutaties.

BELEIDSARTIKEL 21: PREVENTIE EN GEZONDHEIDS-BESCHERMING

21.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de burger in de Nederlandse samenleving

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- ZonMw en RIVM maken jaarlijks een overzicht van kansrijke en kosteneffectieve preventie-interventies (21.2.1, 21.2.8).
- Wijkgerichte bevordering van gezondheid in het Beleidskader grotestedenbeleid (2005–2009) (21.1).
- Een actieprogramma ontwikkelen om de kwaliteit van de collectieve preventie te versterken (21.2.4).
- De kennis en ervaring over infectieziektebestrijding bundelen in één organisatie en een extra beveiligd laboratorium bouwen bij het RIVM (21.2.3).
- Het programma Diabeteszorg Beter ontwikkelen (21.2.2).
- Digitale röntgentechniek invoeren bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (21.2.2).
- De minimale interventiestrategie stoppen met roken in de huisartsenpraktijk (H-MIS) landelijk invoeren (21.1).

Met het preventiebeleid streven we ernaar de volksgezondheid te verbeteren. Voor de komende jaren zijn de preventie van roken, overgewicht en diabetes benoemd als speerpunten. Dit is verwoord in de nota «Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag» (TK, 2003–2004, 22 894, nr. 20). Met het preventiebeleid zetten we in op twee sporen:

1. Nieuwe gezondheidswinst boeken
   Bij dit spoor staat centraal dat chronische ziekten worden voorkomen en gezond gedrag wordt bevorderd.
2. Behaalde gezondheidswinst behouden
   Maatregelen op het gebied van gezondheid en milieu, productveiligheid en letselpreventie, voedselveiligheid, vaccinatieprogramma's, hygiënemaatregelen, jeugdgezondheidszorg en bevolkingsonderzoeken hebben er de afgelopen jaren aan bijgedragen dat de volksgezondheid is verbeterd.

Van de burgers verwachten we dat ze op hun eigen gezondheid letten. Met een gezonde leefstijl is het gebruik van zorg deels te beïnvloeden: gezond gedrag vermindert de zorgconsumptie. Daarnaast zijn allerlei organisaties en beroepsbeoefenaren ervoor verantwoordelijk dat de preventie van een goede kwaliteit is. De rijksoverheid heeft op enkele onderdelen van dit beleidsveld een directe verantwoordelijkheid, zoals bij grootschalige uitbraken van infectieziekten, programmatische screening op borstkanker en voorbereiding op rampen door instellingen voor gezondheidszorg. De sturingsmogelijkheden blijken echter vaak niet helemaal voldoende om onze verantwoordelijkheid vorm te geven. Daarom zullen we in 2005 en 2006 maatregelen nemen om die sturingsmogelijkheden te vergroten. In deze ontwikkeling past dat we in 2005 een centrum voor infectieziekten gaan inrichten.

In hoeverre de volksgezondheid verbetert, meten we af aan drie indicatoren:
1. De stijging van het aantal jaren dat mensen in goede gezondheid doorbrengen.
2. Het aantal jaren dat mensen leven.
3. De daling van vermijdbare gezondheidsachterstanden.
   Daarbij streven we er specifiek naar de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status te verlengen met drie jaar, van ongeveer 53 jaar in 2000 tot 56 jaar in 2020.

Naast gezondheidswinst kan preventie ook helpen de kosten voor zorg en andere maatschappelijke interventies te beheersen. ZonMw en RIVM hebben een eerste inventarisatie gemaakt van preventieve interventies die op korte termijn kostenbesparend of zeer kosteneffectief zijn. Het gaat om interventies op de volgende vier terreinen: diabeteszorg, letselpreventie, vaccinatie tegen pneumokokken en stoppen met roken. Voor de eerste drie interventies is nog nader onderzoek noodzakelijk. Voor de stoppen-met-rokeninterventie is een Minimale interventiestrategie stoppen met roken (MIS) beschikbaar die op korte termijn kostenbesparend is. De MIS ondersteunt rokende patiënten met een stappenplan om te stoppen met roken. Omdat is gebleken dat de MIS kostenbesparend is als deze in de huisartspraktijk (H-MIS) wordt uitgevoerd, is het onze inzet deze interventie in 2005 landelijk in te voeren. Dit gebeurt volgens actuele wetenschappelijke inzichten en binnen de beschikbare financieringskaders. Het Partnership Stop met Roken heeft een multidisciplinaire Richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving opgesteld. Op basis van deze richtlijn zullen we met de huisartsenorganisaties in overleg treden over hoe we de H-MIS in het basistakenpakket van de huisartsen adequaat kunnen uitvoeren.
Aan ZonMw en RIVM hebben we gevraagd om een jaarlijks overzicht van kansrijke en kosteneffectieve preventie-interventies: hoe staat het met het onderzoek daarnaar en hoe ontwikkelen deze interventies zich? Resultaten uit dit overzicht gebruiken we om de jaarlijkse begroting voor te bereiden.

De uitwerking van het herziene (project)subsidiebeleid wordt hier uiteengezet voor het programma Preventie. De subsidies in het cluster preventie zijn er vooral op gericht de uitvoering van de nota «Langer gezond leven ook een kwestie van gezond gedrag» in gang te zetten. Om samenhang te brengen in de verschillende activiteiten en de activiteiten beter op elkaar af te stemmen, zijn de subsidies gebundeld rondom de volgende onderwerpen:
- Overgewicht: activiteiten om overgewicht vroeg te signaleren en gezonde voeding te bevorderen, onder meer via scholen en aanbieders van voeding. Activiteiten om sport en bewegen te bevorderen maken deel uit van het programma Sport (zie artikel 35).
- Diabetes: de nadruk ligt erop mensen te informeren over diabetes en diabetes vroeg te herkennen. De kwaliteit van de diabeteszorg wordt verbeterd via het programma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid (zie artikel 30).
- Roken: activiteiten om het ingezette tabaksbeleid te ondersteunen.
- Psychische aandoeningen: activiteiten voor drugspreventie, vroegtijdige opsporing van depressie en alcoholpreventie, onder meer via de werkplek (zie ook artikel 24).
- Jeugd: activiteiten in de jeugdgezondheidszorg en een sluitend aanbod realiseren van voorkomen, signaleren en doorverwijzen enerzijds en verlenen van hulp en zorg anderzijds.
- Wijkgerichte preventie: activiteiten in wijken in de grote steden

(uitvoering van gezondheid in het Beleidskader grotestedenbeleid 2005–2009 in samenhang met het cluster Lokale Agenda/Meedoen; zie artikel 34).
- Gezondheidsbescherming: activiteiten voor letselpreventie, voedsel- en productveiligheid en geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen.
- Seksuele gezondheid: de herziene soa-bestrijding uitvoeren, preventie van ongewenste zwangerschap en preventie van vrouwelijke genitale verminking.
- Academisering Public Health: samenwerkingsverbanden ontwikkelen tussen universiteiten, gemeenten, GGD'en, e.d.

De activiteiten in het programma Preventie zijn erop gericht te stimuleren dat andere partijen hun verantwoordelijkheid nemen, wat onder meer tot uiting komt in cofinanciering. Activiteiten die zich lenen voor een programmatische benadering worden uitgevoerd in meerjarige programma's via intermediaire organisaties, zoals ZonMw. Ook zullen projecten gefinancierd worden om de Strategiebrief Infectieziekte-bestrijding (TK 2003–2004, 22 894, nr. 29) uit te voeren.

Het programma Preventie beslaat diverse gebundelde projecten die op de desbetreffende artikelen worden geraamd, We zullen die nader toelichten, als dat beleidsmatig relevant is (zie tabel 21.1).

Tabel 21.1: Projectsubsidies programma preventie

Omschrijving	Bedrag x € 1 000	Artikel
Overgewicht	1 730	21
Diabetes	1 600	21
Roken	445	21
Psychische aandoeningen (o.a. opvoedingsvoorlichting, alcoholpreventie, preventie alcohol bij huisartsen, drugspreventie, depressiepreventie, uitvoering sociale zekerheid en zorg)	1 019	21
	1 800	24
Jeugd (o.a. jeugdgezondheidszorg, dyslexie, kijkwijzer; kinderrechtencollectief, jeugdgezondheidszorg)	2 500	21
	250	33
Gezondheidsbescherming (o.a. veilige voeding, product-veiligheid, letselpreventie)	4 705	21
Seksuele gezondheid (o.a. soa-bestrijding, preventie ongewenste zwangerschappen en vrouwenbesnijdenis)	1 052	21
	560	24
Academisering public health	2 210	21
Wijkgerichte preventie; zie artikel 34, lokale agenda	4 000	34
Totaal	**21 871**	

In de bedragen die in tabel 21.1 staan, zijn eventuele instellingssubsidies en doorlopende projectverplichtingen niet inbegrepen. Daarnaast zijn in het overzicht de projecten die lopen via de intermediaire organisatie ZonMw en activiteiten die het RIVM uitvoert (zie paragraaf 21.2.8), niet opgenomen.

21.2 Operationele beleidsdoelstellingen

21.2.1 Gezond gedrag bevorderen: niet roken, meer bewegen, gezond eten, matig drinken en veilig vrijen

Beleidseffecten

Met het beleid voor gezondheidsbevordering streven wij de volgende effecten na:

- Niet roken: een vermindering van het percentage rokers in 2005 met een vijfde ten opzichte van 1999.
- Meer bewegen: een stijging van het percentage mensen dat voldoet aan de normactiviteit gezond bewegen[1]. Bewegingsarmoede moet dalen van 12% (1998) naar 10% in 2005 en 8% in 2010 (uitgedrukt als een afname van inactiviteit). Bij burgers moet de kennis van voldoende bewegen (uitgedrukt als een toename van bekendheid met de inhoud van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen) toenemen van 0% (1998) tot 50% in 2005 en 75% in 2010.
- Gezond eten: een toename van het percentage mensen dat voldoet aan de Richtlijnen Goede Voeding (RGV)[2] en de voedingsnormen. Prioriteiten voor 2005 zijn de groente- en fruitconsumptie te bevorderen en de inname van verzadigd vet en transvetzuren[3] te verminderen. De voorlopige gegevens van de voedselconsumptiepeiling (VCP) in 2003 bij 19- tot 30-jarigen geven aan dat het percentage personen dat voldoet aan de aanbeveling van 200 gram groenten en 200 gram fruit per dag gering is[4]. Nadat de herziene RGV is verschenen, worden kwantitatieve streefcijfers voor groente- en fruitconsumptie ontwikkeld.
  In 1997/98 was de energie-inname aan verzadigd vet 14%. Wij streven ernaar dat dit percentage daalt tot 10% in 2010. In 1997/98 was de energie-inname aan transvetzuren 2%. Wij streven naar maximaal 1% transvetzuren in 2010.
- Gezond eten: stimuleren dat moeders borstvoeding geven. In 2000/01 kreeg 18,5% van de kinderen zes maanden borstvoeding. Wij streven ernaar dit te verhogen naar 22% in 2008.
- We streven ernaar dat het percentage mensen met overgewicht en obesitas over de hele linie niet verder stijgt. Bij kinderen is het doel het percentage mensen met overgewicht en obesitas te reduceren. Gemiddeld heeft 40% van de volwassen Nederlanders een te hoog lichaamsgewicht en er is bij gemiddeld genomen 13% van de jongens en 14% van de meisjes sprake van overgewicht[5]. We hebben het RIVM gevraagd om, op grond van de kosten en effecten van effectieve maatregelen om overgewicht of gewichtstoename te voorkomen, een rapport te schrijven over een realistisch beleidsdoel voor overgewicht over 5 en 10 jaar.
- Matig drinken: alcoholmatiging bevorderen en het risico op alcoholgerelateerde problemen beperken. Concreet streven we ernaar het percentage probleemdrinkers te verminderen en excessief alcoholgebruik (vooral het «binge drinking» onder jongeren) te voorkomen. Er zijn nog geen streefcijfers voor 2005 en verder vastgesteld. Dat gebeurt nadat in oktober 2004 de resultaten bekend zijn van het onderzoek naar het realiseren van het streefcijfer voor probleemdrinkers. In de beleidsbrief over alcohol en jongeren, die we begin 2005 aan de Tweede Kamer willen aanbieden, komt het nieuwe streefcijfer voor preventie van alcoholmisbruik onder jongeren.
- Veilig vrijen: het percentage jongeren stabiliseren (72%) dat bij wisselende seksuele contacten altijd of bijna altijd veilig vrijt.

[1] Volwassenen voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond bewegen als zij op ten minste vijf dagen van de week een half uur matig intensief lichamelijk actief zijn. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit zijn fietsen of flink doorwandelen.

[2] De Gezondheidsraad brengt advies uit over de Richtlijnen Goede Voeding (RGV) en de voedingsnormen. In 2005 wordt een herziene versie van de RGV verwacht.

[3] Transvetzuren zijn voor de volksgezondheid de meest ongunstige vetzuren.

[4] Het rapport met de definitieve resultaten van de VCP 2003 komt in oktober 2004 uit.

[5] Gezondheidsraad: advies «Overgewicht en obesitas», 2003.

Tabel 21.2: Indicatoren om gezond gedrag te bevorderen: huidige situatie en streefcijfers

Indicatoren	Huidige situatie	Streefcijfers
Percentage rokers	30,7% (2002)	27% (2005) 25% (2007)
Percentage mensen met overgewicht en obesitas (of BMI >25):		
– mannen (20–59 jaar)	45% (1993–1997)	stabilisering
– vrouwen (20–59 jaar)	35% (1993–1997)	stabilisering
Percentage kinderen met overgewicht (0–21 jaar)	7–16% (1997)	stabilisering/ afname
Percentage probleemdrinkers	9% (1998)	–
Percentage jongeren met wisselende contacten dat veilig vrijt:	57% (2001)	stabilisering
Inname van groenten en fruit (in grammen per dag)	135 g (1998)	–
Inname verzadigd vet (in energieprocent per dag)	14,3% (1998)	10% (2010)
Inname transvetzuren (in energieprocent per dag)	1,7% (1998)	1% (2010)
Percentage mensen dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (actieven)	54% (2003)	45% (2005) 50% (2010)
Percentage inactieven	14% (2000)	10% (2005)

Aard van de verantwoordelijkheid

Met ons beleid willen we het mogelijk en gemakkelijk maken dat de burger voortdurend zo veel mogelijk gezonde keuzes maakt. De verantwoordelijkheid en uiteindelijke keuze voor een gezonde leefstijl ligt daarbij primair bij de burger zelf. Of we de genoemde beleidseffecten kunnen realiseren, is voor een belangrijk deel afhankelijk van inspanningen van derden. Daar komt bij dat sociaal-economische ontwikkelingen en maatschappelijke trends ook hun invloed doen gelden, bijvoorbeeld mede via commerciële reclameacties over voeding en alcohol. Daarop hebben wij slechts een beperkte invloed. Het is ook om die reden dat wij in het kader van de preventienota-acties zullen proberen bedrijfsleven en andere maatschappelijke actoren bewust te maken van hun invloed en verantwoordelijkheid en hen aan te zetten tot actie. Daarbij zetten we primair in op zelfregulering, maar overheidsregulering is niet uitgesloten.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving

De wijzigingen in de Tabakswet zijn gefaseerd in werking getreden. In 2005 zullen we tabakspreventie optimaliseren via diverse beleidsinstrumenten. Rookvrije sportkantines en horecavoorzieningen zijn daarbij een belangrijk oogmerk. Daarnaast is er meer lokaal tabaksbeleid nodig; hiertoe stimuleren wij gemeenten en GGD'en, samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO) (voor een rookvrije toekomst) en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Verder staat onder meer de (parlementaire) ratificatieprocedure door Nederland, samen met de EU en haar andere lidstaten, van het mondiale WHO-Tabaksverdrag op de rol.

Om vooral de lokale handhaving te verbeteren is voor medio 2005 een wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet in voorbereiding. Daarin komen diverse beleidsvoornemens uit de Alcoholnota en het rapport van de Marktwerking Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW)-werkgroep, onder de noemer «Openbare inrichtingen».

Onderzoek
De voedselconsumptiepeiling (VCP) is hét instrument om het voedingsbeleid te monitoren, op het gebied van zowel verantwoorde voeding als voedselveiligheid. In 2005 zullen we specifiek onderzoek doen naar de voedselconsumptie bij kinderen. Daarnaast is een nieuw systeem voor de VCP in ontwikkeling. De hoeveelheid lichaamsbeweging wordt vooralsnog in samenhang met sportdeelname, sportblessures en letsels in het algemeen gepeild binnen de landelijke enquête Ongevallen en Bewegen in Nederland (ObiN). Op dit moment treffen we de voorbereidingen voor een nieuwe meetperiode na medio 2005.
Voor het alcoholbeleid zullen we met een enquête onderzoeken of de leeftijdsgrenzen in de Drank- en Horecawet worden nageleefd. Ook zal de Stichting Alcoholpreventie de praktijk van de alcoholmarketing monitoren.

Voorlichting/communicatie
We verlenen subsidies aan gezondheidsbevorderende instellingen zoals STIVORO, het NIGZ, het Voedingscentrum, het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en Soa Aids Nederland. Deze subsidies zijn bestemd voor voorlichtingsacties, al dan niet via intermediairs, zoals GGD'en en koepelorganisaties van bepaalde sectoren, docenten et cetera. Daarbij spreekt VWS de verschillende partijen aan op hun professionele verantwoordelijkheid om de «best practices» gezamenlijk in de praktijk te brengen. De campagnes voor niet-roken, meer bewegen, overgewicht en matig drinken worden gefinancierd via het Leefstijlcampagneprogramma (2004–2008) van ZonMw. Dit geldt ook voor de campagnes voor letselpreventie en veilig vrijen. Het Voedingscentrum continueert onder meer de voorlichting en informatie over borstvoeding, groente- en fruitconsumptie en vetten (transvetzuren en verzadigde vetzuren).

Handhaving
De handhavingactiviteiten zullen zich in 2005 concentreren op de rookvrije werkplek en andere rookverboden. Verder is de bescherming van de jeugd ook in 2005 een speerpunt, en dus het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrenzen uit de Tabakswet en de Drank- en Horecawet. Dit toezicht berust bij het agentschap Voedsel en Waren Autoriteit (VWA).

21.2.2 Vermijden van onnodige ziektelast door chronische ziekten

Beleidseffecten
In de nota Langer gezond leven geeft het kabinet aan dat met de preventie van zes chronische ziekten veel gezondheid kan worden gewonnen. De preventie van diabetes is benoemd als speerpunt en wordt uitgewerkt in het programma Diabeteszorg Beter 2005–2009 (POG/ZP 2 474 724, 5 juli 2004). Dit programma richt zich op diabetici. Het doel is om met een betere behandeling hun leven draaglijker te maken en complicaties en daarmee onnodig hoge kosten tegen te gaan. Na de start van het programma zullen we de doelen concretiseren met streefcijfers. Verder heeft de preventie van de volgende chronische ziekten prioriteit: hart- en vaatziekten, kanker, COPD (chronische obstructie van de luchtwegen), psychische aandoeningen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat.
De bestrijding van chronische ziekten verloopt via drie strategieën:
1. Nieuwe gevallen van chronische ziekten voorkomen. Dit gebeurt grotendeels door gezond gedrag en een «gezonde» omgeving te bevorderen (zie paragraaf 21.2.1 en 21.2.5).
2. Chronische ziekten tijdig opsporen, als goede behandeling beschikbaar is. We streven naar een hoge opkomst bij de bevolkingsonderzoeken

en een hoge correlatie tussen de screeningsuitslag en de bevestigende diagnose bij mensen die op basis van de screeningsuitslag zijn doorgestuurd voor nadere diagnostiek in de curatieve zorg.
3. Complicaties en verergering voorkomen. Voor de komende jaren beogen we dat het percentage diabetici met complicaties (hart- en vaatziekten, blindheid, nierfunctiestoornis en voetamputaties) daalt.

Tabel 21.3: Indicatoren en kengetallen voor chronische ziekten: huidige situatie en streefcijfers

Indicatoren	Huidige situatie	Streefcijfer
Aantal opgespoorde mensen met familiaire hypercholesterolemie	6 500 (2003)	Stijging
Deelname bevolkingsonderzoeken:		
– bevolkingsonderzoek borstkanker	79% (2001)	Stijging
– bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	62–64% (2001)	Stijging
– hielprik: PKU, CHT, AGS	> 99%	Handhaving
Kengetallen	**Huidige situatie**	**Streefcijfer**
Aantal diagnoses:		
– borstkanker	11 232 (2000)	–
– baarmoederhalskanker	677 (2000)	–
– hielprik: PKU, CHT, AGS	PKU: 13 (2000)	
	CHT: 72 (2000)	
	AGS: 7 (2000)	–
Percentage diabetespatiënten met complicaties:		–
– nierfunctiestoornis	20–30%	–
– blindheid	20–60%	–
Percentage pasgeborenen met een of meer aangeboren aandoeningen	3,5% (2000)	–

Aard van de verantwoordelijkheid

Om de drie doelstellingen te bereiken op het gebied van chronische ziekten draagt de rijksoverheid indirecte verantwoordelijkheid:

- Om nieuwe gevallen van chronische ziekten te voorkomen, heeft de burger een belangrijke verantwoordelijkheid in het aannemen van een gezonde leefstijl (zie paragraaf 21.2.1).
- Om chronische ziekten tijdig op te sporen, coördineert het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op ons verzoek de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken. Het CVZ heeft als zelfstandig bestuursorgaan (zbo) een zelfstandige verantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de activiteiten ligt grotendeels bij stichtingen, thuiszorgorganisaties en GGD'en. Via het preventieprogramma van ZonMw zorgen we voor voldoende mogelijkheden voor onderzoek.
- Bij het voorkomen van verergering en complicaties bij chronische ziekten hebben wij een coördinerende en stimulerende rol. De beroepsgroepen en de zorgverzekeraars zijn daarvoor primair verantwoordelijk, omdat dit onderdeel uitmaakt van kwalitatief goede zorg.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies

We subsidiëren verschillende projecten:

- In het kader van het programma Diabeteszorg Beter (€ 1,425 miljoen) wordt momenteel een transmurale diagnose-behandelcombinatie (dbc) ontwikkeld, om inkoop van goede diabeteszorg mogelijk te maken. In 2005 wordt met de dbc geëxperimenteerd, in 2006 zal deze

worden ingevoerd. In het programma wordt ook een richtlijn opgesteld om diabetes bij kinderen vroeg op te sporen.
- Aan diverse instituten verlenen we subsidie voor onderzoek en vroege opsporing van (erfelijke vormen van) kanker en om de kwaliteit van leven van kankerpatiënten te verbeteren.

Onderzoek
- Het RIVM verzamelt – met behulp van andere instituten – gegevens over incidentie, prevalentie, trends en ziektegevolgen van belangrijke chronische ziekten. Voor diabetes analyseert het RIVM de preventiemogelijkheden en de effecten daarvan op het aantal diabetici en zorggebruik en -kosten.
- Het College voor zorgverzekeringen onderzoekt in 2005 de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en de mogelijkheden om grootschalige screening op darmkanker uit te voeren.

Convenanten
- In 2005 starten wij samen met cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars, behandelaars en lokale overheden met het actieprogramma Diabeteszorg Beter, dat loopt tot 2009.
- Wij nemen deel aan het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK). In 2005 starten het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF) Kankerbestrijding, de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen (NFK) en Zorgverzekeraars Nederland met de uitvoering van het programma.

Voorlichting
Rondom diabetes zetten we een publiekscampagne op (€ 1,0 miljoen). Ook zorgverleners worden voorgelicht over goede diabeteszorg. In de voorlichting besteden we aandacht aan voorbeelden van goede diabeteszorg (best practices) en aan de bestaande richtlijnen.

Premiegerelateerde instrumenten

Subsidies
Via de Regeling subsidies AWBZ en de Ziekenfondswet verstrekken we subsidie voor de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker (€ 44,79 miljoen) en baarmoederhalskanker (€ 26,46 miljoen), screening op familiaire hypercholesterolemie (€ 3,19 miljoen) en pre- en postnatale screening bij zwangeren en pasgeborenen (€ 20,09 miljoen). Het CVZ zal met ingang van 2005 de overschakeling uitvoeren van analoge naar digitale röntgentechnieken binnen het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (€ 2,2 miljoen).
Om onze verantwoordelijkheid voor de programmatische preventieprogramma's beter te verankeren, streven we ernaar om vanaf 2006 de premiesubsidies voor de screeningsprogramma's over te hevelen van de AWBZ naar de begroting. Daarnaast zullen we onderzoeken hoe we de organisatie van de uitvoering van deze programma's goed kunnen verankeren in het publieke bestel.

21.2.3 Bestrijden van infectieziekten met ernstige klachten of overlijdensrisico

Beleidseffecten

De komende jaren willen we de infectieziektebestrijding versterken, zoals in maart 2004 aangekondigd (TK, 22 894, nr. 29, 2003–2004). Maatregelen hiertoe worden nu uitgevoerd, samen met betrokken partijen. Een van de maatregelen houdt in dat de kennis en ervaring over infectieziektebestrijding wordt gebundeld in één centrum voor infectieziekten dat begin 2005 in eerste vorm start. Ook bezien we of bestaande wet- en regelgeving aanpassing behoeft om de infectieziekteketen zowel bestuurlijk als professioneel beter aan te sturen. Behalve dat we dit veld organisatorisch en bestuurlijk willen versterken, zullen we het de komende jaren ook een financiële impuls geven.

Het beleid dat is gericht op de bestrijding van infectieziekten, kent drie sporen:

1. Infectieziekten voorkomen: door te streven naar een hoge deelname aan vaccinatieprogramma's en door de vaccins tijdig te leveren.
2. De verspreiding van infectieziekten beheersen: onder meer door infectieziekten actief op te sporen, gevallen van bepaalde infectieziekten actief te melden, een actief testbeleid te voeren bij soa, en door voorlichting en goede surveillancesystemen (bijvoorbeeld bij ziekenhuisinfecties).
3. Voorbereid zijn op een mogelijke grootschalige uitbraak van infectieziekten. Nagestreefd wordt dat gemeenten bij rampenbestrijdingsplannen aandacht besteden aan infectieziekten en dat GHOR-regio's oefenen met uitbraken van infectieziekten.

Tabel 21.4: Indicatoren en kengetallen voor infectieziekten: huidige situatie en streefcijfers

Indicatoren	Huidige situatie	Streefcijfer
Deelname aan Rijksvaccinatieprogramma	95–97% (2003)	⩾ 95%
Deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie	75% (2002)	⩾ 75%
Percentage deelnemers aan Vaccinatieprogramma hepatitis B dat vaccinatieschema geheel heeft doorlopen[1]	20 579 deelnemers (nov. 2002–juni 2004) 59% heeft vaccinatieschema doorlopen	⩾ 60%
Percentage ziekenhuizen met een surveillancesysteem voor ziekenhuisinfecties	48% (2003)	Stijging
Kengetallen	**Huidige situatie**	**Streefcijfer**
Incidentie soa (aantal gevallen, absoluut):		
Chlamydia	3 732 (2003)	–
Syfilis	506 (2003)	–
Gonorroe	1 396 (2003)	–
Hiv	143 (2003)	–

[1] Er zijn 3 vaccinaties nodig om een persoon langdurig te beschermen voor een minimale periode van 6 maanden.

Aard van de verantwoordelijkheid

Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's door zich te laten vaccineren, veilig te vrijen en hygiënisch te handelen. Daarnaast mogen ze van de overheid verwachten dat deze hen beschermt tegen risico's waartegen ze zichzelf niet kunnen weren. Grootschalige uitbraken van infectieziekten zijn daarvan een voorbeeld. De landelijke overheid creëert randvoorwaarden om preventie en

bestrijding van infectieziekten mogelijk te maken. De uitvoeringsverantwoordelijkheid hiervoor ligt bij beroepsbeoefenaren, ziekenhuisbesturen en gemeenten, huisartsen, artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen en GGD'en. Om onze eigen verantwoordelijkheid voor de infectieziektebestrijding vorm te geven richten we vanaf 2005 één centrum in dat de bestrijding van infectieziekten structureel zal versterken door nieuwe en bestaande taken in dit veld te bundelen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Er worden verschillende projecten gesubsidieerd:
- GGD Nederland voert het Realisatietraject versterking infectieziektebestrijding uit, dat maatregelen realiseert voor lokale infectieziektebestrijding via een integrale benadering. Zo worden acht landelijke gespreide soa-centra gerealiseerd die GGD'en hebben georganiseerd. Ook ondersteunt GGD Nederland de GGD'en bij schaalvergroting en samenwerking op het gebied van tuberculosebestrijding en bij invoering van kwaliteitsnormen (zie ook paragraaf 21.2.4).
- In 2005 wordt een proef uitgevoerd waarin mensen die een abortuskliniek bezoeken, zich kunnen laten testen op soa.
- Verder verlenen we subsidie voor voorlichting, kennisoverdracht en beleidsadvisering, bijvoorbeeld aan de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose (KNCV) en Soa Aids Nederland.

Bijdrage aan agentschappen RIVM en NVI
- In 2005 zal bij het RIVM een extra beveiligd laboratorium worden gebouwd. Dit laboratorium onderzoekt en diagnosticeert op een veilige wijze de gevaarlijkste ziekteverwekkers.
- De focus van het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) (€ 15 miljoen) ligt de komende jaren op introductie van een verbeterd kinkhoestvaccin en een meningokokken/pneumokokken-combinatievaccin in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Daarnaast maakt het NVI afspraken met overheden en bedrijfsleven om te borgen dat vaccins en antivirale middelen beschikbaar komen bij calamiteiten.

Onderzoek
- We richten een centrum voor infectieziekten in, zodat kennis en ervaring op één centraal punt worden gebundeld.
- Het RIVM ondersteunt in 2005 de voorbereiding op grootschalige epidemieën via onderzoek.
- In 2005 wordt geëvalueerd hoe het draaiboek Infectieziektebestrijding gewerkt heeft bij lokaal gebruik.

Convenanten
Om doeltreffend en coherent te reageren op bedreigingen en om verspreiding van infectieziekten te voorkomen is op internationaal niveau. De Internationale Gezondheidsregeling (IHR) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) waarborgt bescherming tegen de verspreiding van ziekten. Nu wordt die richtlijn herzien. Nederland voert eind 2004 de onderhandelingen, namens de EU. In 2005 vindt de besluitvorming plaats. Nederland zal de volgende voorzitter van de EU, Luxemburg, bij de besluitvorming ondersteunen.

Voorlichting

- In 2005 moderniseert en verbetert het RIVM – samen met betrokken organisaties – de voorlichting aan ouders en consultatiebureauartsen over het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) verder. Doel van deze voorlichting is te zorgen dat ouders op basis van goede informatie beslissen of ze deelnemen aan het programma en dat de vaccinatiegraad hoog blijft.
- Een voorlichtingscampagne om veilig vrijen te bevorderen wordt gefinancierd via ZonMw (zie paragraaf 21.2.1).

Premiegerelateerde instrumenten

Subsidies

- Laagdrempelig onderzoek en behandeling van soa in soa-centra (€ 7,3 miljoen) bekostigen we via een subsidie in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In 2005 bekijken we of het mogelijk is om er een verstrekking van te maken die hoort bij het standaardverzekeringspakket voor curatieve zorg (TK, 2003–2004, 29 220, nr. 1).
- Het Nationaal Programma Griepppreventie (€ 37,43 miljoen) wordt bekostigd via een AWBZ-subsidie. Het streven is om deze subsidie vanaf 2006, net als de overige preventieprogramma's, van de AWBZ over te hevelen naar de begroting.
- Het RVP (€ 57,3 miljoen) wordt gefinancierd als een verstrekking op basis van de AWBZ.

21.2.4 Toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige lokale voorzieningen van preventieve zorg

Beleidseffecten

Om deze doelstelling te realiseren zetten we in op drie sporen:

1. Een goede uitvoering van de publieke gezondheid bevorderen. We richten ons daarbij op een bereikbare preventieve zorg, deskundige en voldoende professionals en kwaliteitsborging.
2. Bevorderen dat de lokale overheid een goede regie heeft over de openbare gezondheidszorg op lokaal niveau. In dit kader streven we na dat gemeenten een actuele nota Gezondheidsbeleid hebben, waarin aandacht is voor de belangrijkste gezondheidsproblemen.
3. De samenwerking op lokaal en regionaal niveau versterken. Gemeenten hebben een belangrijke rol als het erom gaat preventie, cure en care op lokaal niveau op elkaar af te stemmen. In Operatie Jong wordt gewerkt aan een sluitende keten waarin preventie, vroegsignalering en behandeling van jeugdigen goed op elkaar aansluiten.

Tabel 21.5: Indicatoren voor lokale voorzieningen van preventieve zorg: huidige situatie en streefcijfers

Indicatoren	Huidige situatie	Streefcijfer
Aantal GGD'en dat is gecertificeerd voor een of meer HKZ-schema's	1 (2004)	Stijging
Aantal thuiszorgorganisaties dat is gecertificeerd voor het HKZ-schema thuiszorg (waaronder jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen)	37 (2004)	Stijging
Percentage gemeenten met een nota Gezondheidsbeleid niet ouder dan 4 jaar	31% heeft vastgestelde nota 66% stelt nota op (feb. 2004)	100% (2006)
Percentage kinderen waarvoor een consultatiebureau bereikbaar is op 4 kilometer of minder	93% (2001)	Stabilisering/ stijging

Aard van de verantwoordelijkheid
Rijksoverheid en lokale overheden zijn gezamenlijk verantwoordelijk om de volksgezondheid te bevorderen en beschermen. De verantwoordelijkheid van gemeenten is verankerd in de Gemeentewet en in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Sinds 1 januari 2003 vallen alle taken als gevolg van de WCPV onder de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI). Op grond van deze wet moeten GGD'en en thuiszorginstellingen met jeugdgezondheidszorgtaken zelf verantwoorde zorg bieden en de kwaliteit van zorg binnen de instelling systematisch bewaken. Instellingen informeren ons hierover in hun kwaliteitsjaarverslagen. Wij dragen indirecte verantwoordelijkheid en ondersteunen het kwaliteitsbeleid dat de instellingen voeren. Het toezicht op de kwaliteit van de uitvoering is in handen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).
Voor goede en toegankelijke zorg is het noodzakelijk dat er voldoende deskundige professionals zijn. GGD'en en thuiszorginstellingen met jeugdgezondheidszorgtaken zijn er zelf verantwoordelijk voor de professionals in hun instelling aan te nemen en hen te (laten) scholen. Wij zijn verantwoordelijk voor goede opleidingen en voldoende opleidingsplaatsen. Het Capaciteitsorgaan informeert ons jaarlijks over overschotten of tekorten bij medische (vervolg)opleidingen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
We subsidiëren verschillende projecten en programma's om de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg te verbeteren.

- Eind 2004/begin 2005 start een actieprogramma om de kwaliteit van de collectieve preventie te versterken (€ 1,5 miljoen). Dit ligt in dezelfde lijn als de kwaliteitsprogramma's die we uitvoeren voor diverse andere sectoren (zoals het programma Sneller Beter). In dit programma stimuleren we beroepsgroepen kwaliteitsnormen te ontwikkelen, zodat certificatieschema's kunnen worden opgesteld. Ook stimuleren we onder meer dat instellingen zich laten certificeren en wordt een aanzet gedaan om prestatie-indicatoren te selecteren voor externe verantwoording. We zullen met de VNG, GGD Nederland en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) afspraken maken over hun inzet en het beoogde resultaat.
- Om de basistaak medische milieukunde (mmk) te versterken, voeren GGD Nederland en VNG een project (2003–2006) uit. Het project streeft ernaar dat de basistaak uniform en goed wordt uitgevoerd, de regiefunctie van gemeenten wordt versterkt en de samenhang tussen mmk en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen verbetert.
- De Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden ontwikkelt in 2005 richtlijnen en standaarden voor kindermishandeling en andere taken van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (jgz). Daarbij wordt ook een traject opgezet om de ontwikkelde standaarden in te voeren.
- In de periode 2004–2006 wordt gewerkt aan een elektronisch dossier jeugdgezondheidszorg (jgz). Eenheid van taal is een voorwaarde voor een uniformere (elektronische) registratie in de jgz. In 2005 (€ 1,0 miljoen) ontwikkelt het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) daartoe softwarestandaarden, samen met LVT, GGD Nederland, VNG en VWS, onder meer voor beleids- en bedrijfsinformatie en de

koppeling met de gemeentelijke basisadministratie, entadministraties en verloskundigen. Wij financieren dit traject samen met het ministerie van EZ.
- Om ontwikkelingsachterstanden en problemen bij kinderen vroeg en op tijd te signaleren, ontwikkelen we – in het kader van Operatie Jong – een risicoprofiel dat valide is voor alle sectoren die met kinderen en jeugdigen in aanraking komen. Dit bevordert de eenheid van taal rondom risicokinderen.
- Tot slot subsidiëren we verschillende instellingen om de openbare gezondheidszorg te versterken, waaronder de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) en het Public Health Forum.

Wet- en regelgeving
Om de lokale bestuurlijke slagkracht verder te versterken gaan we na of en hoe de taken uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) onderdeel kunnen vormen van de nieuwe Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO).

Specifieke uitkeringen
Om het uniforme deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg uit te voeren, verstrekken we in de periode 2003–2007 aan alle Nederlandse gemeenten een uitkering in het kader van de Tijdelijke regeling specifieke uitkering (TRSU), in aanvulling op de in het gemeentefonds verstrekte gelden (€ 183 miljoen).

Convenanten
In 2002 hebben VWS, de LVT en de VNG een convenant getekend, om de invoering van de integrale jgz te realiseren. De looptijd van de Task Force die op lokaal niveau de invoering faciliteert op verzoek van betrokken partijen is tot medio 2005 verlengd.

Onderzoek
- In het advies «Kennisinfrastructuur public health. Kennisverwerving en kennistoepassing» en «Kennisinfrastructuur arbeids- en bedrijfsgeneeskunde» beveelt de Raad voor Gezondheidsonderzoek aan om onderzoek tussen onderzoeksgroepen enerzijds en GGD'en en arbodiensten anderzijds te bundelen in de vorm van academische werkplaatsen. Achtergrond is dat kennis, gegenereerd door universiteiten, vaak niet in de praktijk wordt toegepast. In 2005 financieren wij gezamenlijk met de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) enkele academische werkplaatsen (€ 1,2 miljoen).
- Om regionale gezondheidsgegevens vergelijkbaar te maken, wordt de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid ontwikkeld. Begin 2005 zijn vraagstellingen opgesteld voor 35 indicatoren. In 2005 worden de onderzoeksmethoden verder geharmoniseerd, zodat GGD'en de gegevens op uniforme wijze kunnen verzamelen. Het RIVM maakt een ondersteuningsstructuur, waarin de gegevens van de verschillende GGD'en worden opgenomen.
- De IGZ onderzoekt in 2005 de kwaliteit en toegankelijkheid van de openbare gezondheidszorg.

21.2.5 Bevorderen gezonde en veilige leefomgeving

Beleidseffecten
In de nota Langer gezond leven kondigden we aan gezondheid te bevorderen door de burger te benaderen in zijn of haar eigen leefomgeving. Daarbij streven we de volgende doelen na:

1. De gezondheid op school en in de schoolopleiding bevorderen. Door een expliciet gezondheidsbeleid te voeren, kunnen scholen aandacht besteden aan gezond gedrag en risicogedrag vroegtijdig signaleren. In het kader van Operatie Jong werkt het ministerie van OCW aan een landelijke dekking van zorgstructuren in en rond de school.
2. Een gezonde wijk bevorderen. Het grotestedenbeleid en de sociaal-fysieke wijkaanpak van VROM en VWS beogen een betere gezondheid van achterstandswijkbewoners. Daarnaast willen we gemeenten stimuleren aandacht te besteden aan ongerustheid van burgers over gezondheidsschade door milieufactoren in hun directe leefomgeving.
3. Een gezonde werkplek bevorderen. We streven ernaar dat gezondheid onderdeel wordt van de bedrijfsvoering van werkgevers, af te meten aan het aantal consulenten gezondheidsbevordering op de werkplek en het aantal bedrijven met een Models-of-Good-Practice-certificaat. Bovendien willen we bereiken dat reguliere artsen meer alerter zijn op arbeidsgerelateerde klachten.

Tabel 21.6: Indicatoren om een gezonde werkplek te bevorderen: huidige situatie en streefcijfers

Indicatoren	Huidige situatie	Streefcijfer
Aantal gecertificeerde consulenten gezondheidsbevordering op de werkplek	100 (2004)	Stijging
Aantal bedrijven met een Models-of-Good-Practice-certificaat (voorbeeldfunctie op het gebied van gezondheidsbevordering)	14 (1999–2002)	Stijging

Aard van de verantwoordelijkheid
Directe verantwoordelijkheid ligt veelal bij partijen, zoals gemeenten, scholen, bedrijven en burgers. Wel zetten we in de nota Langer gezond leven uiteen dat de overheid de taak heeft een gezonde en veilige omgeving te stimuleren en goede randvoorwaarden te creëren, waardoor andere partijen hun verantwoordelijkheid kunnen nemen. Zo mag van zowel de lokale overheid als de rijksoverheid worden verwacht dat ze de aard en omvang van gezondheidsrisico's kennen en hierover communiceren.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Wij verlenen verschillende organisaties subsidie om de hiervoor beschreven doelstellingen te verwezenlijken:
- Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziekteprevention (NIGZ) ontwikkelt, samen met andere gezondheidsbevorderende instellingen, het concept van de Gezonde School. Ook ondersteunt het NIGZ lokale organisaties om gezondheidsbevordering in achterstandswijken uit te voeren en is het NIGZ actief op het terrein van arbeid en gezondheid.
- De commissie Het Werkend Perspectief voert op verzoek van SZW en van VWS activiteiten uit om arbeidsongeschiktheid te verminderen, ziekteverzuim terug te dringen en (psychische) arbeidsgehandicapten aan het werk te houden of te krijgen. Zo implementeert deze commissie in 2005 (€ 1,237 miljoen) de «Leidraad aanpak verzuim wegens psychische klachten», voert ze beeldvormings-, houdings- en kenniscampagnes en reikt ze de «Kroon-op-het-Werkprijs» uit.

- In 2005 worden buurt-, onderwijs- en sportorganisaties gestimuleerd om een effectieve lokale aanpak te ontwikkelen die risicojongeren activeert. Dit gebeurt via de Tijdelijke regeling buurt, onderwijs, sport (BOS). Het gaat om jongeren die risico lopen op gezondheidsproblemen, sociale uitsluiting of ontsporing. Ook willen we met de BOS-regeling stimuleren dat de leefbaarheid van buurten en wijken verbetert.
- De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) ontwikkelt in samenwerking met het CBO (het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg) richtlijnen en protocollen voor arbeid en gezondheid.

Overleg
- Eén van de doelstellingen van de tweedeconvenantperiode van het Beleidskader grotestedenbeleid 2005–2009 is de gezondheidsachterstanden in te lopen (€ 5 miljoen) bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. Hierin krijgt de bestrijding van overgewicht extra aandacht.
- In het Actieprogramma Gezondheid en Milieu (2002–2006) zetten wij er samen met VROM op in, gezondheidsverlies door milieufactoren terug te dringen en ongerustheid van burgers weg te nemen over gezondheidsrisico's door milieu-incidenten. In 2005 ligt de focus op kinderen en wordt het Children's Environment and Health Actionplan for Europe uitgevoerd, dat in WHO-verband is opgesteld.

Onderzoek
- In 2005 verricht het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) onderzoek op het terrein van monitoring van sociaal-economische gezondheidsverschillen, lokaal gezondheidsbeleid en de relatie tussen gezondheid en milieu.
- Samen met het ministerie van SZW hebben we gedurende enkele jaren het Kennisnetwerk Gezondheid en Arbeid gefinancierd. Daarmee is een basis gecreëerd voor meer aandacht voor en kennis over de aanpak van arbeidsgerelateerde klachten binnen de reguliere zorg. Betrokken partijen en professionals zijn nu verantwoordelijk voor continuïteit. Zij zijn immers verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van zorg en een goede arbo-curatieve en multidisciplinaire samenwerking.
- In het kader van het programma Preventie financiert ZonMw projecten op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid en allochtonen.

21.2.6 Adequate structuur voor crisisbeheersing en rampenbestrijding en de geneeskundige hulpverlening bij rampen en ongevallen

Beleidseffecten
Veiligheid staat met de toegenomen dreiging van terroristische aanslagen hoog op de politiek bestuurlijke agenda. Het beleid is er enerzijds op gericht incidenten en rampen te voorkomen. Anderzijds richt het beleid zich op adequate voorbereiding, zodat de schadelijke effecten van incidenten en rampen beperkt blijven. Om in deze voorbereiding te voorzien, richten wij ons erop een crisisbeheersingsorganisatie van ons departement te verbeteren en te borgen en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) te organiseren.

Crisisbeheersingsorganisatie
Onder regie van het ministerie van BZK is het Beleidsplan crisisbeheersing 2004–2007 opgesteld. Dit beleidsplan richt zich erop de bestuurlijke en operationele regie te versterken en de crisisbeheersing op alle deelterreinen en alle fasen van de veiligheidsketen aan te sturen. In alle fasen van crisisbeheersing moeten de verantwoordelijkheden en bevoegdheden helder en goed afgebakend zijn. Voor ons betekent dit: een departementale crisisbeheersing verbeteren en borgen, die de kans op (grootschalige) incidenten en crises zo veel mogelijk verkleint en de gevolgen ervan zo veel mogelijk beperkt. Op het terrein van de volksgezondheid zijn de voorbereiding op nucleaire, biologische en chemische aanslagen van belang, evenals de voedselveiligheid.

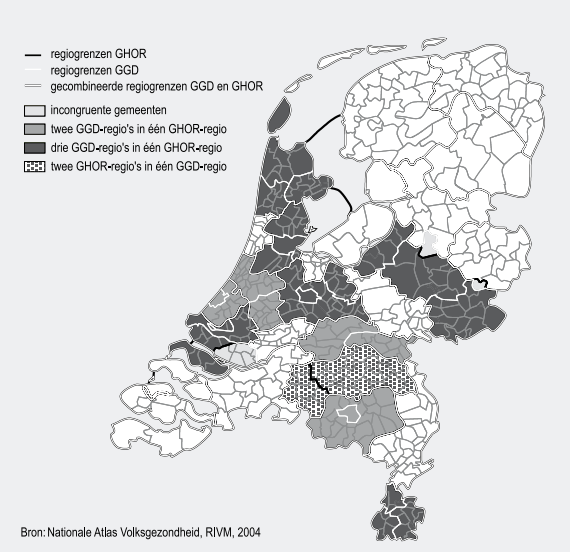
Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
De geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) is een onderdeel van het veiligheidsbeleid. Het GHOR-beleid is gericht op een betere aansluiting van de hulpverlening van de «witte» (geneeskundige) kolom op de andere hulpverleningskolommen van politie en brandweer, en op een betere afstemming binnen de witte kolom. Doel is om de schadelijke effecten van incidenten en rampen te beperken, doordat betrokken partijen adequaat optreden. Speerpunten van beleid zijn in dit kader:

- De operationele GHOR inbedden in de publieke en preventieve infrastructuur van de GGD'en. We streven naar schaalvergroting van de GGD'en tot ten minste het niveau van de veiligheidsregio's.
- De samenhang verbeteren tussen de GHOR-organisatie enerzijds en de spoedeisende medische keten (ambulancezorg, traumacentra, huisartsenzorg) anderzijds.
- Psychosociale nazorg ontwikkelen als onderdeel van de GHOR-taken.

Tabel 21.7: Indicatoren voor een adequate geneeskundige hulpverlening bij rampen en ongevallen: huidige situatie en streefcijfers

Indicatoren	Huidige situatie	Streefcijfer
Aantal draaiboeken voor rampgevoelige beleidsterreinen	1 (2004)	4 (2005)
Congruentie tussen GGD'en en veiligheidsregio's	Zie figuur	100% (2006)
Aantal GHOR-bureaus dat ten minste 90% van de wettelijke taken uitvoert	1 (2004)	25 (2007)
Percentage GHOR-regio's dat afspraken heeft over psychosociale nazorg	0% (2004)	100% (2008)
Percentage GHOR-bureaus dat HKZ is gecertificeerd	0% (2004)	100% (2008)

Figuur 21.1: Congruentie tussen GGD'en en veiligheidsregio's[1]



Aard van de verantwoordelijkheid

Crisisbeheersingsorganisatie
Het ministerie van BZK is primair verantwoordelijk voor de crisisbeheersing op nationaal niveau. Ieder departement is verantwoordelijk om crises en rampen te beheersen die zich op zijn beleidsterrein voordoen en is verplicht daartoe een eigen crisisbeheersingsorganisatie in stand te houden. De structuur daarvan is vastgelegd in het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming.

Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen
In de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen is vastgelegd dat het lokale bestuur primair verantwoordelijk is om op te treden bij grote incidenten en rampen. De Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) vormt de schakel tussen openbaar bestuur en de betrokken zorginstellingen. De geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen bestaat uit opgeschaalde reguliere zorg, geleverd door reguliere zorginstellingen. Vanuit het rijk is het ministerie van BZK verantwoordelijk voor de structuur van de GHOR. Wij zijn ervoor verantwoordelijk dat de instellingen voor gezondheidszorg voldoende zorg van goede kwaliteit kunnen leveren bij rampen en grootschalige ongevallen. Daarnaast scheppen we de kaders en ondersteunen de spelers in het zorgveld, zodat zij hun taak in het kader van de GHOR kunnen vervullen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Wij verstrekken subsidies aan verschillende instanties:
- Om bij nucleaire ongevallen paraat te zijn, wordt het Backoffice Medische Informatie Nucleair opgericht. Dit gebeurt in het kader van Revitalisering Nationaal Plan Kernongevallen. Deze backoffice onderhoudt kennis en verstrekt advies over de gevolgen en behandeling van nucleaire ongevallen.

[1] De huidige indeling van de veiligheidsregio's komt overeen met de huidige indeling van politieregio's.

- Het Nederlandse Rode Kruis houdt een voorziening in stand voor verwanteninformatie als shared service voor de rijksoverheid.
- Om het Beleidsplan Crisisbeheersing 2003–2007 uit te voeren, intensiveren we het oefenbeleid. Regelmatige oefeningen, zowel departementaal als interdepartementaal als internationaal, geven richting aan de manier waarop de structuur zich verder ontwikkelt.

Overleg
- In het project Bescherming Vitale Infrastructuur overleggen bedrijfsleven en ministeries met elkaar over de beschermingsmaatregelen die ze moeten nemen.
- In het zogenoemde voorzittersberaad worden de drie speerpunten van het GHOR-beleid verder ingevuld. Aan het beraad nemen alle relevante partijen deel op het terrein van reguliere acute zorg en GHOR.

Onderzoek
- Om de kennis (€ 1,2 miljoen) rond de nazorg bij rampen en grootschalige incidenten te verankeren, financieren we het Centrum voor Gezondheidsonderzoek naar Rampen bij het RIVM. Ook financieren we (samen met de ministeries van BZK en Defensie) het onderzoek- en kenniscentrum Impact (ondergebracht bij de UvA) dat zich bezighoudt met de psychosociale nazorg na rampen. De komende periode zullen de instituten worden geïntegreerd.
- Op het terrein van de GHOR loopt een onderzoeksprogramma bij ZonMw naar zorg vlak na een ramp of incident («golden hour»).
- Tot en met 2004 werd met de GHOR-monitor gemeten hoe de GHOR functioneerde. Vanaf 2005 neemt de IGZ deze taak over.

21.2.7 Het maken van beleid gericht op de bescherming van de gezondheid van de consument

Dit beleid is gericht op voedselveiligheid, productveiligheid en letselpreventie en informatievoorziening aan de consument, zodat die verantwoorde keuzes kan maken.

Aard van de verantwoordelijkheid
Voor product- en voedselveiligheid stellen wij een kader van norm- en regelgeving vast op basis van met name de Warenwet. Binnen dat wettelijke kader zijn de producent en de verhandelaar primair verantwoordelijk dat er veilige consumentenproducten en levensmiddelen op de markt gebracht worden. Als het erom gaat ongevallen te voorkómen, heeft de burger zelf een belangrijke verantwoordelijkheid als consument van producten en diensten. Wij stellen die burger of consument zo goed mogelijk in staat de risico's te verkleinen, als hij daarvan op onveilige of niet verantwoorde wijze gebruikmaakt. Daarnaast wordt de consument, onder meer door massamediale voorlichtingscampagnes, gewezen op het belang van veilig gedrag en verteld hoe hij daarnaar kan handelen. Hierbij worden alle belangrijke partijen betrokken, zoals GGD'en, scholen, bedrijfsleven, sportorganisaties en zorginstellingen.

a. Voedselveiligheid

Beleidseffecten
Met het voedselveiligheidsbeleid streven wij de volgende effecten na:
- Minder voedselinfecties. Hiertoe zetten wij in eerste instantie in op een verbod op salmonella- en campylobacterbacteriën in rauw pluimveevlees voor de consument in 2007 (ziektekiemen zijn in rauwe produc-

ten nooit helemaal te vermijden; daarom wordt dit streven vertaald in «aanwezigheid op een laag niveau (nul+)» of «nagenoeg ziektekiemvrij»).
- De kringloop doorbreken van belangrijke ziekten die van dier op mens over kunnen gaan (zoönosen), vooral van BSE (Boviene Spongiforme Encéphalopathie).
- De resistentie tegen antimicrobiële middelen terugdringen, want de toenemende resistentie heeft vergaande gevolgen voor het behandelen van infectieziekten (zie paragraaf 21.2.3).
- Het aantal dierproeven verminderen, vervangen, verfijnen en proefdieren verantwoord gebruiken.
- Voorkómen dat consumenten voedingsmiddelen krijgen met te hoge gehaltes aan agrarische, industriële, milieu- of procesverontreinigingen en levensmiddelenadditieven. Hierbij gaat het om een zeer grote groep stoffen. De effectiviteit van het beleid wordt gemeten aan de hand van VWA-gegevens die inzicht geven over de gehaltes van enkele van deze stoffen.
- Uit het oogpunt van voedselveiligheid moeten voedselketens transparant en traceerbaar zijn. Dit geldt ook voor ketens van voedingsmiddelen die afkomstig zijn van genetisch gemodificeerde organismen (ggo's) en nieuwe voedselingrediënten.
- Allergische reacties door voedingsmiddelen moeten worden voorkómen. Wij streven naar goede informatie en gezonde voedingsmiddelen voor consumenten. In 2005 zullen we prioriteit geven aan evaluatie van effecten en de uitvoerbaarheid van genomen maatregelen op basis van adviezen van de VWA en de Gezondheidsraad.
- Voorkómen dat consumenten in voeding te veel of te weinig belangrijke vitaminen of mineralen gebruiken en voorkómen dat onveilige kruidenpreparaten of andere voedingssupplementen worden gebruikt. Om een open ruggetje bij baby's te voorkomen, wordt bevorderd dat vrouwen met een zwangerschapswens foliumzuurprofylaxe innemen. Wij streven ernaar dat dit profylactisch gebruik wordt verhoogd van 50% (nu) naar 70% in 2010 (zie paragraaf 21.2.2).

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
De Nederlandse wet- en regelgeving worden steeds meer bepaald door Europese regelgeving en internationale (WHO/FAO-)normen (Wereldgezondheidsorganisatie/Voedsel en Landbouw Organisatie van de VN). Dat vereist dat de Nederlandse inbreng in de internationale overlegorganen sterk is en onderling goed wordt gecoördineerd.
Nederland zet zich in EU-verband in voor een goed werkend communautair instrument om gezondheidsclaims te beoordelen, evenals voor een gezamenlijk beleid om voedingsmiddelen te verrijken. Hierbinnen moet ruimte zijn om claims nationaal te beoordelen op basis van zelfregulering. Beide teksten kunnen waarschijnlijk pas in de loop van 2005 geadopteerd worden, omdat de behandeling in het Europese Parlement door de verkiezingen vertraging heeft opgelopen.
We zullen maximum toelaatbare gehaltes aan agrarische en industriële verontreinigingen, aan milieu- en procesverontreinigingen vaststellen. In 2005 zal de inname daarvan door kwetsbare groepen, zoals kinderen, speciale aandacht krijgen.
Doordat EU-regelgeving is herzien, is ook de mogelijkheid gecreëerd om de vleeskeuring aan te passen aan de risico's van vandaag. Verder wordt

er tegelijkertijd op ingezet de nationale volksgezondheidswetgeving voor vlees te vereenvoudigen, door in het kader van het kabinetsbeleid Bruikbare Rechtsorde de volksgezondheidsbepalingen uit de Vleeskeuringswet, Veewet en Landbouwkwaliteitswet te integreren in de Warenwet. Het streven is om deze integratie in de eerste helft van 2005 af te ronden.

Onderzoek
In het regeringsstandpunt over het advies van de Gezondheidsraad over voedselinfecties (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 26 991, nr. 64) gaven veel aspecten aanleiding tot extra onderzoek om de gewenste vermindering van voedselinfecties te bereiken. In 2005 zullen onderzoeken worden voortgezet naar de belangrijkste veroorzakers en de kostenaspecten van voedselinfecties en effectieve interventiemaatregelen, ook voor langdurige gezondheidseffecten. In dat kader zullen we ook aandacht schenken aan een vleeskeuring die op actuele risico's is gebaseerd.

Voorlichting/communicatie
Het Voedingscentrum geeft voorlichting en informatie over gezonde voeding en voedselveiligheid in het algemeen. De VWA geeft specifiekere informatie over de risico's. Over de implementatie van de hygiëneverordeningen en de verordening van het Europees Parlement en de Raad inzake officiële controles van diervoeders en levensmiddelen in VWS-wetgeving zal regelmatig voorlichting worden gegeven aan het bedrijfsleven en aan instanties die controles uitvoeren.

Handhaving en risicobeoordeling
Door op de terreinen eet- en drinkwaren en veterinaire zaken draagt het agentschap Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) er in belangrijke mate aan bij dat de gezondheid van de consument beschermd wordt. Het principe van overheidstoezicht op controle door het bedrijfsleven is al van toepassing op de levensmiddelensector, maar zal ook van toepassing worden op de vleessector.

b. Productveiligheid en letselpreventie

Beleidseffecten
Met het productveiligheids- en letselpreventiebeleid streven wij de volgende effecten na:
- Het aantal privé-ongevallen moet verder afnemen. In 2006 moet het aantal ongevallen, ondanks de genoemde maatschappelijke ontwikkelingen die zich verder door zullen zetten, in ieder geval zijn teruggebracht met 10% ten opzichte van het niveau van de beginjaren negentig naar 630 000 spoedeisende hulpbehandelingen in ziekenhuizen. Als we deze afname realiseren, spelen keuzevrijheid van de consument, zijn gedrag en externe factoren een belangrijke rol (bijvoorbeeld risicozoekend gedrag, koopkracht onder jongeren, vergrijzing en de snel veranderende samenstelling van de bevolking). De preventie van ongevallen blijkt kosteneffectief: berekeningen op basis van het kostenmodel dat de Erasmus Universiteit ontwikkelde, tonen aan dat jaarlijks € 40 miljoen wordt bespaard op directe medische kosten.
- Het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen (van 0 tot 4 jaar) moet in 2006 met 5% dalen ten opzichte van 2001. Toen werden in totaal 58 000 kinderen in deze leeftijdscategorie behandeld op de spoedeisende hulp. Het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen daalt, maar is nog steeds onnodig hoog.
- Het aantal doden en gewonden als gevolg van branden in de privé-

sfeer moet in 2006 met 10% verminderen ten opzichte van 2001. Branden veroorzaken jaarlijks in de privé-sfeer in totaal 1 700 ongevallen. Het aantal ernstig gewonden hieronder bedroeg in 2001 ongeveer 800. Dit is een stijging met 30% ten opzichte van 1996.
- In de handelsfase en waar nodig ook in de gebruiksfase moeten onveilige (voor consumenten bestemde) producten worden geweer, die wezenlijke chemische, microbiologische of stralingsrisico's opleveren voor hun gezondheid en veiligheid.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
In 2005 zullen we eraan bijdragen dat vier Europese productveiligheidsrichtlijnen worden gewijzigd (speelgoed, gastoestellen, elektrotechnische producten en machines). De implementatie van de nieuwe Algemene productveiligheidsrichtlijn van de EG (APV-richtlijn, nr. 2001/95/EG) zullen we in 2005 afronden. Voor tatoeages en piercings zullen we voorschriften vaststellen voor hygiënisch werken om infecties te voorkómen, op basis van de daartoe te wijzigen Warenwet. De GGD zal een belangrijke rol krijgen om de naleving van deze voorschriften te bevorderen. In 2005 zullen we eraan bijdragen de Europese verordening voor chemische stoffen (REACH) verder te ontwikkelen. We anticiperen op dit nieuwe Europese beleid door nationaal met kleinschalige projecten de eigen verantwoordelijkheid van het bedrijfsleven te versterken om stoffen in consumentenproducten veilig toe te passen. Naar aanleiding van de in 2004 afgeronde evaluatie van de regelgeving, zal het Warenwetbesluit Attractie- en Speeltoestellen worden aangepast.

Onderzoek en voorlichting/communicatie
Een meerjarige monitor voor woningbranden zal inzicht moeten geven in consumentenproducten die deze branden (als veroorzaker of verspreider) mede veroorzaken. GGD-adviseurs zullen in 2005 een scholingstraject hebben doorlopen dat in 2004 is ingezet, met het oog op het toezicht dat zij houden op de hygiënevoorschriften voor tatoeages en piercings.
De Stichting Consument en Veiligheid (C&V) doet vanuit de basissubsidie structureel onderzoek naar kwaliteit en effect van maatregelen die ongevallen in de privé-sfeer moeten voorkomen. Daarnaast beoordeelt ze consumentenproducten en de leefomgeving op risico's. In 2005 zal C&V verder onderzoek doen naar de kosten van ongevallen in de privé-sfeer. Ook zullen de indirecte kosten (ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) hierbij in kaart worden gebracht. Dit leidt tot een nog scherper inzicht in kosten en baten van preventiemaatregelen op dit terrein.
C&V geeft ook voorlichting om veilig gedrag te bevorderen en over de veiligheid van producten en de leefomgeving. In 2005 wordt de in 2004 gestarte campagne Veilig Slapen (0- tot 4-jarigen) voortgezet.

Aansturing/handhaving
Het agentschap VWA bevordert dat voorschriften voor de productveiligheid van consumentenartikelen worden nageleefd door deze te handhaven en door te signaleren en adviseren. De verschuiving van de capaciteit van voedselveiligheid naar productveiligheid die in 2004 is begonnen en in 2005 wordt afgerond, betekent dat activiteiten om de kwetsbaarste groep consumenten (kinderen) te beschermen worden geïntensiveerd.

21.2.8 Een integrale programmering van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten op het terrein van de volksgezondheid en zorg

Met de integrale programmering van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten beogen we dat kennis doelmatig en doeltreffend wordt ontwikkeld en geïmplementeerd. Het gaat erom onderzoek van het RIVM en de intermediaire organisaties ZonMw en NWO te programmeren om ons beleid (inclusief toezicht van de IGZ) te ondersteunen. De specifieke onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten die worden uitgevoerd met het budget dat aan deze operationele doelstelling is gekoppeld, vindt u onder verschillende beleidsartikelen in deze begroting. Onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten zijn immers beleidsinstrumenten die we kunnen inzetten om operationele doelstellingen te realiseren.

De opdrachtverlening aan het RIVM is georganiseerd naar programma's die zijn gericht op een specifiek inhoudelijk taakgebied. Voor elk inhoudelijk taakgebied is er zowel een programma gericht op beleidsondersteuning als een programma gericht op toezichtsondersteuning. Onder deze programma's vallen diverse projecten (zie tabel 21.8).

Tabel 21.8: Programma's met voorbeelden van projecten

Programma RIVM	Projecten
1. Wettelijke taak Volksgezondheid en Zorg	O.a. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen; brancherapport Preventie
2. Beleidsondersteuning Volksgezondheid en Zorg	O.a. Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid; Modellering van Gezondheidswinst bij Diabetes
3. Beleidsondersteuning Infectieziekten	O.a. Surveillancesystemen Nieuwe Ziekten (o.a. SARS en vogelpest); Evaluatie en Advisering RVP
4. Beleidsondersteuning Geneesmiddelen en Medische Technologie	O.a. Beleidsondersteuning Medische Technologie; Teratologie Informatie Service
5. Risicoschatting en Beoordeling voor Beleid	O.a. Advisering Voeding en Voedingscomponenten; Vermindering Gezondheids- en Verslavingsrisico's Rokers
6. Toezichtsondersteuning Volksgezondheid en Zorg	O.a. Detectie van Risico's in Zorg; Preventie en Continuïteit van Zorg
7. Toezichtsondersteuning Infectieziekten	O.a. Respiratoire Infecties: Surveillance en Epidemiologie; Infectieziektebestrijding: Ondersteuning en Signalering
8. Toezichtsondersteuning Geneesmiddelen en Medische Technologie	O.a. Pharmaceutical Crime; Controle Humane Geneesmiddelen
9. Risicoschatting en Beoordeling voor Toezicht	O.a. Natuurlijke Toxines; Gezondheidsbevorderende Voedingsmiddelen

ZonMw richt zich erop instrumenten te ontwikkelen voor de preventie- en zorgsector, om de kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid van deze sectoren te vergroten. ZonMw werkt daarin nauw samen met de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), in het bijzonder met het onderdeel Medische wetenschappen. De opdrachtverlening aan ZonMw is geclusterd naar programmakaders waarin programma's die inhoudelijk samenhangen zijn ondergebracht (zie tabel 21.9). In de zomer van 2004 wordt de evaluatie van de organisatie ZonMw en de Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland afgerond. Op de resultaten van die evaluatie volgt in oktober 2004 een standpunt.

Tabel 21.9: Programmakaders ZonMw met voorbeelden van programma's	
Programmakader (PK) ZonMw	Programma's
PK 1 Wetenschap en Innovatie – Van Exploratie tot Toepassing	O.a. Alternatieven voor dierproeven; Stimuleringsprogramma Gentherapeutisch Onderzoek
PK 2 Preventie	O.a. Preventieprogramma; Sport, Bewegen en Gezondheid
PK 3 Langdurende Zorg en Zorg voor Kwetsbare Groepen	O.a. Revalidatie, Klinische geriatrie; Ouderenzorg en Geestkracht
PK 4 Vraagsturing	O.a. Kiezen in Zorg; Diversiteit
PK 5 Kwaliteit en Doelmatigheid	O.a. Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen; Alledaagse Ziekten
Medische Wetenschappen	O.a. Doelmatigheid en Chronisch Zieken

21.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen:	**1 109 805**	**252 534**	**234 684**	**226 735**	**249 878**	**438 240**	**438 555**
Uitgaven	**434 575**	**446 189**	**458 192**	**443 512**	**437 526**	**440 428**	**441 302**
Programma-uitgaven	**428 140**	**439 851**	**452 046**	**437 395**	**431 409**	**434 311**	**435 185**
Gedragsgerichte gezondheidsbevordering	24 956	16 191	16 859	16 855	16 231	16 032	16 032
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*5 038*	*5 038*	*5 038*	*5 038*	*5 038*	*5 038*	*5 038*
Vermijden onnodige ziektelast door chronische ziekten	0	0	2 462	2 517	2 517	2 517	2 517
Bestrijden van infectieziekten	40 624	31 807	59 894	51 801	51 229	52 407	52 407
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*21 811*	*14 830*	*22 703*	*14 090*	*13 869*	*13 869*	*13 869*
Toegankelijkheid en kwalitatieve voorzieningen preventieve zorg	189 906	197 615	195 873	195 957	193 924	195 375	195 375
Waarvan specifieke uitkeringen	*184 698*	*185 796*	*185 796*	*185 796*	*185 796*	*185 796*	*185 796*
Bevorderen gezonde en veilige leefomgeving	0	0	1 740	1 247	228	0	0
Coördinatie/nazorg bij crises en rampen	12 436	9 164	6 527	5 312	5 125	5 013	5 013
Consumenten- en productveiligheid	88 872	85 797	84 267	79 887	79 105	79 190	79 190
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*74 249*	*77 150*	*75 145*	*69 436*	*68 535*	*68 535*	*68 535*
Programmering onderzoek/ontwikkeling	71 346	99 277	84 424	83 819	83 050	83 777	84 651
Waarvan bijdragen aan zbo's	*7 138*	*6 811*	*6 493*	*6 246*	*5 999*	*5 999*	*5 999*
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*0*	*22 182*	*21 697*	*20 772*	*21 686*	*21 626*	*21 626*
Apparaatsuitgaven	**6 435**	**6 338**	**6 146**	**6 117**	**6 117**	**6 117**	**6 117**
Ontvangsten	**8 783**	**7 383**	**8 755**	**8 755**	**8 755**	**8 755**	**8 755**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		458 192		443 512		437 526		440 428		441 302
2	Waarvan apparaatsuitgaven		6 146		6 117		6 117		6 117		6 117
3	Programma uitgaven		452 046		437 395		431 409		434 311		435 185
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	72%	325 657	60%	263 088	60%	259 837	16%	69 788	16%	70 662
5	Bestuurlijk gebonden	19%	83 640	28%	121 915	28%	120 688	28%	120 093	28%	120 093
6	Beleidsmatig gereserveerd	9%	42 749	12%	52 392	12%	50 884	56%	244 430	56%	244 430
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
8	Totaal	100%	452 046	100%	437 395	100%	431 409	100%	434 311	100%	435 185

De belangrijkste juridische verplichtingen zijn de Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (t/m 2007), programmagelden ZorgOnderzoek Nederland en de onderzoeksgelden NWO/MW. De bestuurlijk gebonden uitgaven betreffen middelen voor de structureel gefinancierde instellingen en de bijdragen aan de baten-lasten diensten zoals de VWA, het RIVM en het Nederlands Vaccin Instituut. De beleidsmatige voornemens zijn opgebouwd uit o.a. de Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (vanaf 2008), de infectieziektenwet, activiteiten op het gebied van de crisisbeheersing en rampen en de uitgaven projectentender.

Premie-uitgaven						
Bedragen x € 1 000 000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Preventieve zorg	196,1	200,2	199,0	199,0	196,2	196,2
Ouder- en kindzorg/dieetadvisering	34,7	34,7	34,6	34,6	34,6	34,6
Groeiruimte preventie en gezondheidsbescherming		0,8	1,6	2,4	2,4	2,4
Totaal	230,7	235,6	235,2	236,0	233,2	233,2
Procentuele mutatie		2,1	– 0,2	0,3	– 1,2	

In de tabel hiervoor zijn de beschikbare bedragen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van preventie en gezondheidsbescherming. In deze beschikbare bedragen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1e Suppletore Wet 2004 en de Miljoenennota 2005 verwerkt. Voor 2004 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2005 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

21.4 Evaluatieprogrammering

Aan de hand van de indicatoren, die worden gemeten in monitoringsystemen, en evaluatieonderzoeken kijken we of de beleidsdoelstellingen zijn gerealiseerd. De monitoringsystemen en evaluatieonderzoeken vormen samen de evaluatieplanning (zie tabel 21.10) en vullen elkaar aan. De indicatoren zijn in 2004 benoemd in het kader van het project Indicatoren Preventie. Het RIVM heeft de gegevens over de indicatoren voor het eerst geïnventariseerd. Het komende jaar zal de gegevensverzameling over de

indicatoren worden geoptimaliseerd, zodat recentere gegevens beschikbaar komen.

Tabel 21.10: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling:					
Bevorderen en beschermen van de gezondheid van de burger		x			
Operationele doelstelling 1: Bevorderen van gezond gedrag			x		
Operationele doelstelling 2: Preventie van chronische ziekten			x		
Operationele doelstelling 3: Bestrijding van infectieziekten		x			
Operationele doelstelling 4: Kwaliteit en toegankelijkheid lokale voorzieningen			x		
Operationele doelstelling 5: Bevorderen gezonde en veilige leefomgeving		x			
Operationele doelstelling 6: Coördineren/nazorg bij crisis en rampen		x			
Operationele doelstelling 7: Beschermen van de gezondheid van de consument	x	x	x	x	x
Operationele doelstelling 8: Integrale programmering onderzoek en ontwikkeling		x			

BELEIDSARTIKEL 22: CURATIEVE ZORG

22.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het instandhouden en bevorderen van een kwalitatief verantwoorde en in financiële zin beheersbare zorgverlening ter bevordering van de lichamelijke gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking.

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- De dbc-systematiek voor de financiering van de ziekenhuizen invoeren (22.2.4).
- Samen met de veldpartijen in de eerste lijn een actieprogramma starten om de eerstelijnszorg «slimmer te organiseren» (22.2.1).
- Op 1 januari 2005 bij wijze van proef starten met vrije prijsvorming in de fysiotherapie (22.2.1).
- De bekostiging van de huisartsen moderniseren en vereenvoudigen (22.2.1).
- In 2005 een benchmark huisartsen (pilot) uitvoeren (22.2.4).
- Vanaf 2005 onder voorwaarden structureel € 12 miljoen per jaar extra besteden aan extra ambulancewagens en -personeel (22.2.2).
- Met het programma Sneller Beter, samen met de sector, de omslag naar marktwerking voorbereiden (22.2.4).

Deze maatregelen worden in dit beleidsartikel toegelicht.

Op dit moment vindt op bijna alle terreinen van de curatieve zorg een moderniseringsslag plaats. Het kabinet wil zorg die meer gericht is op prestatie. Daarvoor moet die zorg transparant zijn. Dit kan bijvoorbeeld door in de ziekenhuiszorg de systematiek van de diagnose-behandelcombinatie (dbc) in te voeren. Marktwerking is een andere voorwaarde voor prestatiegerichte zorg. Mede in het licht hiervan start in 2005 een experiment met vrije prijzen bij de fysiotherapie.

In dit artikel benoemen we vier operationele doelstellingen. De eerste drie hebben betrekking op de daadwerkelijke zorgverlening. Het gaat daarbij achtereenvolgens om de zorgverlening in de eerste lijn, de verlening van acute zorg en de zorg in de tweede lijn. De vierde gaat over het stimuleren van een zo effectief en efficiënt mogelijke zorgverlening. Daarbij kan gedacht worden aan het verbeteren van de informatievoorziening, het programma Sneller Beter en het dbc-traject.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij hebben een indirecte verantwoordelijkheid voor de curatieve zorg in Nederland en zien toe op de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van zorg. Deze verantwoordelijkheid geldt voor de eerste drie geformuleerde operationele doelstellingen in dit beleidsartikel, en houdt in dat we zorgen voor randvoorwaarden, regelgeving maken en toezicht houden. Om onze doelstellingen te realiseren zijn wij sterk afhankelijk van hoe de zorgaanbieders en zorgverzekeraars functioneren en presteren.

22.2 Operationele beleidsdoelstellingen

22.2.1 Een optimale zorgverlening in de eerste lijn

De eerstelijnszorg heeft altijd een sterke en waardevolle positie gehad in ons zorgstelsel. Die positie staat nu, door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen, onder druk. In de brief «De toekomstbestendige eerstelijnszorg» (TK 2003–2004, 29 247, nr 4) is aangegeven dat het in de eerstelijnszorg vooral gaat om «slimmer organiseren» om de toekomstige uitdagingen aan te kunnen. Het motto van het (vervolg)beleid is daarom «Slimmer organiseren is beter presteren» en richt zich vooral op de (re)organisatie van de eerstelijnszorg.

Beleidseffecten

- Een sterke eerstelijnszorg handhaven, zodat in de toekomst ook het grootste deel van alle vraag naar zorg in de eerste lijn kan worden opgevangen.
- Bewuster gebruikmaken van beschikbare middelen, zodat de zorg doelmatig en betaalbaar wordt geleverd.
- Een cultuuromslag van denken bewerkstelligen «binnen de beroepsgroep» naar een geïntegreerde eerstelijnsdenken, waarbij de beroepsgroepen elkaar aanvullen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Om de hiervoor genoemde beleidseffecten te realiseren zetten we de volgende instrumenten in.

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving

De bekostiging (van huisartsen, fysiotherapeuten) wijzigen en de wet- en regelgeving aanpassen zijn instrumenten die bijdragen aan een gepast gebruik van zorg en meer doelmatige zorgverlening. In 2005 en 2006 zal bij de fysiotherapie een experiment met vrije prijsvorming worden uitgevoerd (motie Schippers, TK 2003–2004, 29 200, nr 139). Daarmee wordt een eerste stap gezet naar gereguleerde marktwerking in de extramurale zorg. Het experiment duurt twee jaar. In die periode zullen de effecten van vrije prijsvorming in kaart worden gebracht. Bijzondere aandacht gaat uit naar de effecten op doelmatigheid, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de fysiotherapeutische zorg. De regie van het experiment is in handen van CTG/Zorgautoriteit. Het streven is om in de bekostiging van de huisartsen (het ziekenfondsdeel) in 2005 een gemengd systeem te introduceren: naast het abonnementsysteem komt er een vorm van consultfinanciering. De introductie van een consulttarief maakt prestatiefinanciering mogelijk. Huisartsen met een grotere werklast als gevolg van de samenstelling van hun patiëntenbestand worden daarvoor beloond. Dit systeem verhoudt zich bovendien beter met de invoering van de no-claimkorting. Verder zal huisartsen de mogelijkheid worden geboden om lokaal toeslagen af te spreken (plusmodule). Aan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is een uitvoeringstoets gevraagd.

Het programma Versterking Eerstelijnszorg staat centraal bij de cultuuromslag die nodig is. In samenwerking met diverse «partners» zal worden gewerkt aan de versterking van de eerstelijnszorg. Het programma bestaat uit vijf pijlers: naast de activiteiten van het aanjaagteam (zie punt f onder 22.2.4) en de wijzigingen in de bekostiging gaat het erom ict te ontwikkelen, een regionale ondersteuningsstructuur uit te werken en wet- en

regelgeving aan te passen. Aan de hand van voortgangsrapportages wordt de Tweede Kamer op de hoogte gehouden over het programma. In deze rapportages zal vooral de stand van zaken gegeven worden van het ingezette instrumentarium.
We hebben overlegd met veldpartijen uit de eerstelijnszorg, die eerdergenoemde brief over de noodzaak de eerstelijnszorg slimmer te organiseren, breed ondersteunen. Samen met hen zijn we nagegaan of het mogelijk is om dit toekomstperspectief gezamenlijk, maar vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, nader vorm te geven in een intentieverklaring. Toen deze intentieverklaring werd opgesteld, bleek er een brede wens te zijn om de veranderingen te ondersteunen met een extra investering. Behalve dat bestaande middelen beter zullen worden ingezet, zal de opbrengst van de invoering van no claim in de huisartsenzorg voor een deel ingezet worden voor investeringen in de eerstelijnszorg.

22.2.2 Een optimale acute zorgverlening

Acute zorg wordt geleverd door huisartsen, verloskundigen, GGZ-instellingen, Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA)/ ambulancediensten, en afdelingen voor spoedeisende hulp (seh) van ziekenhuizen en traumacentra. Een goede acute zorgverlening vereist behalve dat de afzonderlijke schakels goed functioneren, ook een goede afstemming tussen die schakels. Bij acute zorg geldt: tijdwinst is zorgwinst. De zorgverlening is daarom regionaal georganiseerd.

Beleidseffecten
- Wij streven er naar dat gemiddeld 95% van de burgers binnen de streefnorm van 15 minuten kan worden bereikt met een ambulance in geval van ongevallen of calamiteiten.
- In 2005 willen we in alle regio's netwerken bewerkstelligen van acute-zorgaanbieders, waarbij afspraken worden gemaakt over logistiek en zorginhoud.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
Wij sturen de Tweede Kamer nog in 2004 een brief met daarin de Beleidsvisie acute zorg en de in 2005 te ondernemen acties. Eén van de onderdelen in die visie betreft de verandering in de bekostigingsstructuur van de acute zorgverlening (met inbegrip van de huisartsenposten).

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Opdracht
VWS betaalt in 2005 aan het ministerie van BZK € 6,4 miljoen om C2000 te onderhouden en beheren. Een en ander is vastgelegd in een service level agreement. C2000 is het nieuwe communicatiesysteem dat de sectoren gebruiken die actief zijn in de acute hulpverlening (waaronder de ambulances).

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
Bekeken wordt of de traumacentra via de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) aangewezen kunnen worden om de coördinatierol voor de acute zorg op zich te nemen.

Daarnaast wordt in 2005 verder gewerkt aan de spreiding en bereikbaarheid van de ambulancestandplaatsen, met het doel beter te scoren op de

hiervoor genoemde 15-minutennorm. Voor de ambulancesector is vanaf 2004 € 18 miljoen extra beschikbaar. Verder is in reactie op de motie-Buijs (29 200 XVI, nr. 136) toegezegd te bezien of er aanvullende middelen beschikbaar gesteld kunnen worden om de resterende knelpunten op te lossen, als dat nodig is. Wij stellen extra middelen (maximaal € 12,0 miljoen) beschikbaar onder de voorwaarde dat de sector laat zien dat de prestaties verbeteren.
Een nieuwe Wet op de ambulancezorg (WAZ) regelt de besturingssystematiek, de vorming van regionale ambulancevoorzieningen en de spreiding van standplaatsen. De conceptwettekst voor de WAZ zal zo spoedig mogelijk aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

22.2.3 Een optimale zorgverlening in de tweede lijn

In het Hoofdlijnenakkoord heeft het kabinet geconstateerd dat waar mogelijk de overgang naar gereguleerde marktwerking moet plaatsvinden, zo snel als verantwoord is. De eigen verantwoordelijkheid en het initiatief van veldpartijen moeten voorop komen te staan. In een binnenkort te verschijnen nota zal nagegaan worden voor welke delen van de electieve curatieve zorg gereguleerde marktwerking mogelijk is.

Beleidseffecten
- Tegemoet (blijven) komen aan de vraag van patiënten en verzekerden.
- Een doelmatige zorgverlening mogelijk maken
- Een gepast gebruik van ziekenhuiszorg mogelijk maken
- Betaalbare zorg mogelijk maken.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
In het kader van de beleidsvisie op electieve zorg onderzoeken we welke mogelijkheden (nieuwe) aanbieders (dus potentiële concurrenten) momenteel hebben voor marktconform gedrag. Wanneer zij daartoe onvoldoende mogelijkheden hebben, onderzoeken we of we de wet- en regelgeving moeten aanpassen. Daarmee willen we de marktwerking versterken, wat leidt tot zorg die beter aansluit bij de wensen van de patiënt, gepast gebruik stimuleert en de zorg betaalbaar maakt.

Convenanten met ziekenhuizen
Ziekenhuizen, verzekeraars en VWS hebben een convenant gesloten voor meer doelmatigheid in ziekenhuizen. De convenanten leveren een structurele besparing op (1,15% in 2005, opbrengst € 120 miljoen en 2,3% vanaf 2006; opbrengst € 240 miljoen).
Het convenant hangt samen met de mogelijke doelmatigheidswinst die het rapport Bakker in de sector signaleert. Dit rapport laat zien dat in de zorg een aanzienlijk doelmatigheidspotentieel aanwezig is als de logistiek wordt geoptimaliseerd. De € 240 miljoen is een eerste stap in de realisatie van deze doelmatigheidswinst. In het nieuwe zorgstelsel onderhandelen verzekeraars met zorgaanbieders over de in te kopen zorg. In dat nieuwe systeem moeten marktprikkels voor meer doelmatigheid zorgen en tot een lagere prijs leiden. Het convenant legt de doelmatigheidswinst nu nog met centrale afspraken vast. In de toekomst moet verhoging van de doelmatigheid resultaat zijn van vrije onderhandelingen. In beide gevallen leidt het tot een beheerste groei van de zorguitgaven.

De ruimte die de algemene ziekenhuizen hebben om doelmatiger te werken wordt niet generiek, maar per ziekenhuis bepaald op basis van een prestatie-indicator (de feitelijke verpleegduur ten opzichte van de gemiddelde ligduur, gebaseerd op klinische opnamen). Op deze wijze wordt een bijdrage geleverd aan de beleidseffecten, omdat:

- De kostenontwikkeling van de algemene en categorale ziekenhuizen binnen de kaders blijft, die daarvoor via het regeerakkoord zijn vastgesteld.
- Er door de ziekenhuizen efficiënter gewerkt zal worden (met dezelfde hoeveelheid middelen krijgen meer mensen zorg).
- Het aantal plaatsen met problematische wachttijden niet toeneemt.
- De lokale partijen (verzekeraars en ziekenhuizen) de verantwoordelijkheid voor het bovenstaande accepteren.

De uitwerking van het convenant met de academische ziekenhuizen vindt vanwege raakvlakken met OCW-beleid plaats in overleg met OCW.

Aanpassing aanspraken

Verschillende behandelingen zullen uit het ziekenfondspakket worden gehaald en dus van vergoeding uitgesloten. Het gaat daarbij om behandelingen die aan de volgende criteria voldoen:

- behandelingen die niet tot geneeskundige behandeling strekken en die ook geen erkend preventief doel dienen;
- behandelingen die een onverklaarbaar grote variatiebreedte hebben;
- behandelingen die in de meeste gevallen niet strikt medisch noodzakelijk zijn en
- behandelingen die voorzienbaar noodzakelijk zijn om een behandeling behorende tot de vorige categorie ongedaan te maken of die voorzienbaar voortvloeien uit een eerdere behandeling behorende tot de vorige categorie.

  Het gaat bijvoorbeeld om behandelingen bij snurken, borstprothese anders dan bij amputatie, correctie van de oorstand, correctie van bovenoogleden, buikwandcorrecties en hersteloperaties na sterilisaties.

  Over de aanpassing van de aanspraken is aan het CVZ gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen.

Uurtarief medisch specialisten

Per 1 januari 2005 zal een macrobudgettair neutraal uurtarief worden ingevoerd. Met de Orde van Medisch Specialisten is een korting van 2,5% (€ 35 miljoen) op het macrokader overeengekomen. In het najaar van 2004 stellen we in overleg met de orde een onafhankelijke commissie in om ons te adviseren over een onderbouwd uurtarief voor de medisch specialisten. Deze commissie zal een standpunt innemen over het normatieve inkomen van een medisch specialist, het normatieve aantal patiëntgebonden uren dat bij dit inkomen hoort en de normatieve kosten die een specialist maakt. Op basis van deze drie onderdelen (inkomen, werklast en kosten) kan een uurtarief worden voorgesteld. Wij verwachten het advies van deze commissie begin 2005. Vervolgens zullen we de procedure voor vaststelling van de onderbouwing bij CTG/Zaio. Het normatieve uurtarief zullen we vaststellen en per 1 januari 2006 invoeren.

Wachttijden levensbedreigende aandoeningen

In het Hoofdlijnenakkoord staat dat er bijzondere aandacht aan besteed wordt om de wachttijden voor ziekten met levensbedreigende risico's terug te dringen. Diverse aandoeningen vormen een levensbedreigend risico, als zorg te lang op zich laat wachten. Specifiek wordt aandacht geschonken aan het terugdringen van de wachttijden voor radiothera-

peutische behandeling van oncologische aandoeningen en de aandoeningen aan het hart. Voor deze twee topklinische functies bestaat specifiek beleid dat er op gericht is meer locaties, apparatuur en personeel mogelijk te maken. Wat betreft radiotherapie zal de beschikbare capaciteit tot en met 2005 met circa 60% toenemen ten opzichte van 2003. Ook de capaciteit voor de behandelingen van hartkwalen zal verder worden uitgebreid, zodat aan de zorgvraagontwikkeling tegemoet wordt gekomen.

22.2.4 Het stimuleren van een zo effectief en efficiënt mogelijke zorgverlening in de eerste en tweede lijn

Hadden de hiervoor genoemde doelstellingen vooral betrekking op de zorgverlening in respectievelijk de eerste lijn, de acute zorg en de tweede lijn, deze doelstelling heeft onder meer betrekking op de ontwikkeling van instrumenten waarmee informatie wordt verkregen over het functioneren van de zorgverlening.

Beleidseffecten
De beleidseffecten kunnen als volgt worden samengevat:
- Transparantie van het zorgaanbod: wie doet wat en tegen welke prijs?
- Prestatiebekostiging: loon naar werken.
- Introductie van marktwerking: meer concurrentie.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn resultaatverantwoordelijk voor de totstandkoming van de instrumenten die worden genoemd onder dit operationele doel.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
In de tekst hieronder noemen we een aantal instrumenten die alle bijdragen aan de beleidseffecten van deze operationele doelstelling.

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies en opdrachten

a. Dbc-project
Vanaf 1 januari 2005 zal de dbc-systematiek gaan gelden voor de financiering van alle ziekenhuiszorg. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen een segment A (vaste deel) en B (deel met vrije prijsvorming). Voor segment A zal de financiering en daarmee de declaratie plaatsvinden op basis van centraal vastgestelde tarieven voor diagnose-behandelcombinaties (dbc's); voor de budgettering van segment A blijft de functiegerichte budgettering (fb) en lumpsum in stand. Voor segment B zal vanaf 1 januari 2005 de verplichting tot onderhandeling over de prijs van het ziekenhuisdeel van dbc's gelden, voor het specialistendeel zullen een vast uurtarief en normtijden per dbc gaan gelden.

Zoals aan de Tweede Kamer gemeld is, kent de huidige dbc-systematiek de nodige imperfecties en moet deze na invoering snel doorontwikkeld worden. In 2005 wordt hiervoor een tweesporenaanpak gevolgd. Op het eerste spoor wordt de dbc-systematiek «technisch» doorontwikkeld. In dit spoor wordt onder andere de informatievoorziening verbeterd, het privaat en publiek onderhoud uitgebouwd, een nieuwe toets gemaakt op de normtijden van medisch specialisten en worden de gehanteerde dbc-tarieven verbeterd. Op het tweede spoor wordt de dbc-systematiek beleidsmatig doorontwikkeld. Daarbij gaat het er onder andere om voor te bereiden dat kapitaalslasten worden opgenomen in de dbc-prijs en om de

verhouding van het fb-systeem ten opzichte van dbc's. Activiteiten in dit spoor zijn ook onderzoek naar deelmarkten en het opzetten van structurele privacyoplossing. Met het systeem van dbc's kan de ziekenhuiszorg worden vastgelegd in landelijk uniforme en vergelijkbare producten. Hierdoor wordt het zorgaanbod transparant en wordt een prikkel aangebracht om zorg te leveren die doelmatig en van hoge kwaliteit is. In 2005 zal het CTG/Zaio marktgedrag en marktuitkomsten in segment B monitoren en ingrijpen waar dat nodig is om mededinging in de ziekenhuiszorg te bevorderen. CTG/Zaio zal worden gefinancierd ten laste van de CTG-begroting.
Een essentieel onderdeel van de invoering van de dbc-systematiek is de inrichting van een transparant onderhoud van het systeem. Dit kent een private en een publieke kant. Sinds 1 juli 2004 is het private onderhoudsorgaan in werking getreden. Dit orgaan doet voorstellen aan CTG en het CVZ om het systeem te onderhouden. In de opbouwfase tot 1 januari 2006 subsidieert VWS dit private orgaan. Ook het publieke onderhoud, zijnde CTG en CVZ, is sinds 1 juli 2004 ingericht.
In 2004 is het dbc-informatiesysteem ontwikkeld om de dbc-systematiek optimaal te laten functioneren. Ziekenhuizen en verzekeraars zullen vanaf oktober 2004 wettelijk worden verplicht hieraan gegevens te leveren. De exploitatie van het dbc-informatiesysteem zal vanaf 2005 structureel vanuit de begroting worden gefinancierd. In totaal is voor het onderhoud en de verdere ontwikkeling van de dbc's in 2005 € 8,5 miljoen gereserveerd.

b. Sneller Beter
In november van 2003 is VWS samen met de Consumentenbond, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten het programma Sneller Beter gestart. Met dit programma wordt de sector voorbereid op de omslag naar marktwerking. Uitgangspunt van het programma is dat in ons land veel goed gaat in de zorg, maar het kan vaak sneller en beter. Te weinig aandacht gaat uit naar de vele gevallen waarin het wel goed gaat in de zorg. Dit komt ook naar voren in de gesprekken die worden gevoerd met directies van alle ziekenhuizen op vijf bijeenkomsten. De inhoudelijke resultaten van deze gesprekken zullen begin 2005 aan de Tweede Kamer worden medegedeeld.

In het programma blijkt dat doelmatigheid, kwaliteit en innovatie in de zorg hand in hand gaan. Door innovatie van de zorg, gaat de kwaliteit omhoog en blijken de kosten van de zorg (bijna altijd) af te nemen. Het is beter voor de patiënt dat de goede voorbeelden in de zorg worden opgespoord en breed worden geïmplementeerd. Dit leidt tot lagere kosten in de zorg. Ook daarom is het eerder in dit artikel genoemde convenant afgesloten. Veel van deze goede voorbeelden staan al op de website van het programma *www.SnellerBeter.nl*. Vanaf het najaar van 2004 en af te ronden in 2005 zal alle ziekenhuizen in Nederland worden gevraagd hun voorbeelden van goede zorg op de site te zetten. Dit ondersteunt aanbieders om te komen tot goede zorg; patiënten kunnen eruit afleiden waar zij om moeten vragen; zorgverzekeraars kunnen deze informatie bij hun zorginkoop betrekken. Om de veranderingen in de zorg te laten slagen, is het belangrijk dat de zorg transparanter wordt. Daarom ontwikkelen enkele ziekenhuizen in samenwerking met VWS een benchmarkinstrument. Dit zal in het najaar van 2004 worden afgerond en in 2005 worden toegepast op alle ziekenhuizen. De kwaliteit van de zorg wordt gebenchmarkt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg via de prestatie-indicatoren. In de eerste helft van 2005 zullen de resultaten

hiervan worden gerapporteerd. De veranderingen in het stelsel zullen de zorg veel marktgerichter maken. Om de sector hierop voor te bereiden zijn enkele grote bedrijven bereid gevonden om hun licht te laten schijnen over thema's in de zorg die relevant zijn voor doelmatigheid, kwaliteit en innovatie. In 2004 heeft TPG naar logistiek in de zorg gekeken en Shell naar patiëntveiligheid.
TPG heeft in een adviesrapport aan de sector aangegeven dat door het meer bedrijfsmatig organiseren van de (logistiek in de) zorg een forse doelmatigheidswinst valt te realiseren. TPG heeft ook aangegeven dat om deze doelmatigheidswinst te realiseren, het essentieel is dat de prikkels in het zorgsysteem worden gericht op een systeem van gereguleerde marktwerking. Daarmee ben ik doende, zoals ik elders heb toegelicht. Vooralsnog ga ik er dan ook vanuit dat het potentieel dat TPG in beeld heeft gebracht pas op termijn wordt gerealiseerd. De omslag waarmee ik doende ben zal meerdere jaren vergen; het realiseren van het potentieel zal ook een dergelijke periode vragen. Eerst zullen de prikkels goed gericht moeten zijn en al de daarmee beoogde cultuuromslag tot stand zijn gekomen. Deze prikkels en cultuuromslag zullen ertoe leiden dat ziekenhuizen hun bedrijfsprocessen optimaliseren. Hun doelmatigheidspotentieel zal niet worden gerealiseerd door het inboeken van een bezuiniging (wat zou kunnen leiden tot het aantasten van de bereikbaarheid van de zorg) maar door het minder snel zien groeien van de kosten van de zorg. Het doelmatigheidspotentieel zal uiteindelijk tot uitdrukking komen in een lagere prijs per DBC. In navolging van TPG en Shell zullen in 2004/2005 de thema's rekenschap, de professional en de zorgvrager aan de orde komen. Voor het programma Sneller Beter is in 2005 € 650 000 beschikbaar.

c. Informatievoorziening
Patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, toezichthouders en VWS dienen over concrete informatie te beschikken over het zorgaanbod. Naast informatie over het zorgaanbod dient in een vraaggericht stelsel eveneens informatie beschikbaar zijn over het zorggebruik. Uitgangspunt hierbij is dat zorginstellingen informatie slechts eenmaal verstrekken in één integraal jaardocument. Het is de bedoeling om in dit integrale jaardocument indicatoren en cijfers te presenteren die zo concreet mogelijk gerelateerd zijn aan het beleid dat wordt gevoerd en dat gevoerd gaat worden (volgens de uitgangspunten van de operatie Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording/VBTB). In dit jaardocument kan de instelling zich bovendien maatschappelijk verantwoorden. Doordat alle informatie wordt geïntegreerd in één jaardocument, worden de administratieve lasten verminderd. Dit instrument draagt er vooral aan bij dat de zorg transparanter wordt en dat marktwerking wordt geïntroduceerd in de zorg.
Verder werken we in 2005 aan een minimale dataset voor de hele eerstelijnszorg, die enerzijds de zorgketen zelf en de marktpartijen kan ondersteunen en die anderzijds voldoende informatie oplevert voor toezichthouders en VWS. In de ziekenhuissector wordt gekeken naar een integraal jaardocument voor de maatschappelijke verantwoording, waarbij alle afzonderlijke verantwoordingsstromen gebundeld en vereenvoudigd worden.

d. Subsidie aan de Orde van Medisch specialisten
Sinds de meerjarenafspraken uit 1998 ontvangt de Orde van Medisch Specialisten subsidie voor kwaliteitsprojecten en zorginnovaties. In 2005 ontvangt de orde maximaal € 5,0 miljoen voor visitaties van opleidings- en niet-opleidingsklinieken, voor complicatieregistraties en om het aantal

beschikbare en bruikbare professionele richtlijnen te vergroten. Eind 2004 maken we de prestatieafspraken voor 2005.

e. Benchmark huisartsen en ziekenhuizen
Om de informatievoorziening over de prestaties van huisartsen en ziekenhuizen te verbeteren worden benchmarks ontwikkeld. Zo komt spiegelinformatie beschikbaar voor de huisartsen en ziekenhuizen, keuze-informatie voor patiënten, consumenten en verzekeraars en verantwoordingsinformatie voor de overheid. Om deze benchmarks te ontwikkelen is in totaal € 0,5 miljoen beschikbaar in 2005.
De omvang en wijze van bekostiging van basisregistraties worden gewijzigd. De financiële relatie met kennisinstituten zoals het Nivel wordt in de toekomst centraal vanuit VWS vormgegeven. Daarbij is belangrijk dat de kennisproducten van kennisinstellingen die direct kennis voor VWS genereren, inhoudelijk nauw aansluiten bij het gevoerde en te voeren beleid van VWS.

f. Uitvoering activiteiten aanjaagteam
Het aanjaagteam zorgt ervoor dat goede ervaringen in de (organisatie van de) zorgverlening snel verspreid kunnen worden. Er wordt gebruikgemaakt van een helpdesk, een Monitor Eerste Lijn en een website, en er worden themabijeenkomsten georganiseerd. De helpdesk is bedoeld om concrete informatie aan te bieden over samenwerking in de eerste lijn. Hierdoor wordt duidelijk in welke regio's het goed gaat, maar ook waar het nog beter kan en moet. In 2005 is voor het aanjaagteam € 0,4 miljoen beschikbaar, voor opdrachten en subsidies.

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
De WTG-Expres verzorgt de wettelijke basis voor de prestatiebekostiging die aan de dbc's gekoppeld is. Daarnaast voorziet de WTG-Expres erin dat de verzameling data die nodig is voor het beheer en onderhoud van het systeem en voor overige beleidsaspecten, wettelijk wordt verankerd.

22.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**78 682**	**50 386**	**44 041**	**38 662**	**37 150**	**38 220**	**37 893**
Uitgaven	**66 136**	**61 236**	**37 083**	**38 648**	**38 220**	**38 220**	**37 893**
Waarvan garantieverplichtingen	*11 288*	*1 462*					
Programma-uitgaven	**61 979**	**57 205**	**33 400**	**35 042**	**34 614**	**34 614**	**34 347**
Spoedeisende medische hulpverlening	4 259	4 319	215	6 480	6 480	6 480	6 480
Tweedelijns zorg	41 532	2 425	1 116	1 185	1 210	1 210	1 210
Effectieve en efficiënte zorgverlening	16 188	50 461	32 069	27 377	26 924	26 924	26 657
Apparaatsuitgaven	**4 157**	**4 031**	**3 683**	**3 606**	**3 606**	**3 606**	**3 546**
Ontvangsten	**3 763**	**1 098**	**1 098**	**1 098**	**1 098**	**1 098**	**1 098**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		37 083		38 648		38 220		38 220		37 893
2	Waarvan apparaatsuitgaven		3 683		3 606		3 606		3 606		3 546
3	Programma uitgaven		33 400		35 042		34 614		34 614		34 347
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	44%	14 643	1%	563	1%	266	1%	266	1%	266
5	Bestuurlijk gebonden	0%		0%		0%		0%		0%	
6	Beleidsmatig gereserveerd	55%	18 466	97%	33 915	97%	33 761	80%	27 673	77%	26 315
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	1%	291	2%	564	2%	587	19%	6 675	22%	7 766
8	Totaal	100%	33 400	100%	35 042	100%	34 614	100%	34 614	100%	34 347

In de loop van 2005 worden beleidsprogramma's uitgevoerd. Het gaat hierbij om de volgende (tender)programma's, Modernisering Eerste lijn, opzet Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's), Benchmark Huisartsenzorg, Benchmark Ziekenhuizen, onderzoeksprogramma's «Vertrouwen in zorg» en «Patiënt veiligheid» van de Orde van Medisch Specialisten (OMS), Landelijke Informatiebank Paramedische Zorg (LIPZ), Sneller Beter, Perinatale registratie, monitoring en ontwikkeling database Palliatieve zorg en voor de vernieuwbouw van het Nederlands Kanker Instituut (NKI). Daarnaast is een reservering opgenomen van € 8,5 miljoen voor het DBC onderhoudsorgaan en het verdere DBC Zorg traject. Voorts is een bedrag van € 14,6 miljoen aan reeds vastgelegde verplichtingen opgenomen voor o.a. het NKI, NIVEL, en de Stichting Agora.

Premie-uitgaven						
Bedragen x € 1 000 000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Huisartsenzorg	1 615,3	1 615,3	1 615,3	1 615,3	1 615,3	1 615,3
Gezondheidscentra	27,1	27,1	27,1	27,1	27,1	27,1
Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	379,7	379,7	379,7	379,7	379,7	379,7
Fysiotherapie/Oefentherapie	287,8	237,8	237,8	237,8	237,8	237,8
Logopedie	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8
Ergotherapie	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Verloskundige zorg	121,2	121,2	121,2	121,2	121,2	121,2
Kraamzorg	312,5	312,5	312,5	312,5	312,5	312,5
Algemene en categorale ziekenhuizen	9 049,7	9 095,7	9 174,7	9 278,6	9 355,3	9 395,1
Academische ziekenhuizen	2 833,4	2 848,4	2 863,4	2 878,4	2 884,4	2 884,4
Overig curatieve zorg	342,8	343,2	343,2	343,2	343,2	343,2
Medisch-specialistische zorg	1 652,8	1 600,8	1 617,8	1 617,8	1 617,8	1 617,8
Tandheelkundig specialistische zorg	90,8	90,8	90,8	90,8	90,8	90,8
Ambulancevervoer	310,6	323,1	323,2	323,2	323,2	323,2
Overig ziekenvervoer	148,0	116,6	116,6	116,6	116,6	116,6
Groeiruimte ziekenhuizen en medisch specialisten	122,7	92,4	375,7	652,2	652,2	652,2
Demo extramurale zorg		33,7	67,8	102,2	102,2	102,2
Demo overig curatieve zorg		7,8	15,7	23,7	23,7	23,7
Totaal	17 352,2	17 303,9	17 740,3	18 178,1	18 260,8	18 300,6
Procentuele mutatie		– 0,3	2,5	2,5	0,5	0,2

In de tabel hierboven zijn de beschikbare bedragen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van curatieve zorg. In deze beschikbare bedragen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1e suppletore wet 2004 en de

Miljoenennota 2005 verwerkt. Onder aan de tabel is de gereserveerde groeiruimte afzonderlijk weergegeven. Voor 2004 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2005 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

22.4 Evaluatieprogrammering

Tabel 22.1: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling					
Het instandhouden en bevorderen van een kwalitatief verantwoorde en in financiële zin beheersbare zorgverlening ter bevordering van de lichamelijke gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking.					
Operationele doelstelling 1					
Optimale zorgverlening in de eerste lijn	X				
Operationele doelstelling 2					
Optimale zorgverlening in de tweede lijn	X				

BELEIDSARTIKEL 23: GENEESMIDDELEN EN MEDISCHE TECHNOLOGIE

23.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een doelmatige zorg aan de burger waarborgen met kwalitatief hoogwaardige en veilige producten op het terrein van geneesmiddelen, medische (bio)-technologie en transplantaten

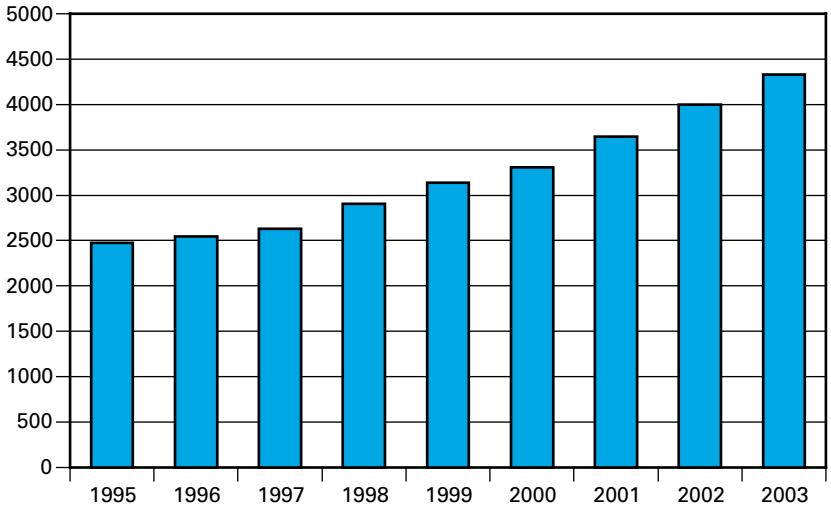
Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- Stimuleren dat priority medicines in Europees verband worden ontwikkeld (23.2.1).
- Zorgverzekeraars aanspreken op eigen verantwoordelijkheid om kwalitatief goed en doelmatig geneesmiddelengebruik te realiseren (23.2.1).
- Impuls geven aan doelmatig voorschrijven conform richtlijnen (23.2.1).
- Modulair tarief voor apotheekhoudenden realiseren (23.2.1).
- Farmaco -economische toets per 2005 verplicht stellen bij het opnemen van een geneesmiddel in het verzekerde pakket (23.2.1).
- Europese richtlijnen implementeren, zodat de kwaliteit en veiligheid van medisch technologische producten en toepassingen zijn gegarandeerd (23.2.2).
- Landelijk programma ontwikkelen om non-heartbeatingdonatie en transplantatie te introduceren (23.2.2).
- Experiment uit laten voeren: donorformulier koppelen aan moment van paspoortaanvraag (23.2.2).
- Europees meldingssysteem opstarten voor bijwerkingen na gebruik van cellen en weefsels (23.2.2).
- Optimaal gebruik van bloedproducten stimuleren (23.2.2).
- Beleidsagenda medische biotechnologie implementeren (23.2.2).

Deze maatregelen worden in dit artikel toegelicht.

De patiënt is gebaat bij een geneesmiddelenbeleid waarin aandacht is voor goede, veilige, effectieve en innovatieve geneesmiddelen. Geneesmiddelen moeten doelgericht en patiëntvriendelijk worden gebruikt. Daarbij is en blijft de betaalbaarheid van groot belang. Het systeem waarbinnen deze combinatie van kwaliteit, effectieve inzet en betaalbaarheid tot zijn recht komt, moet de sturing en de verantwoordelijkheden daar leggen waar gestuurd kan worden. Ondanks kostenbeperkende maatregelen zullen de uitgaven aan geneesmiddelen de komende jaren blijven groeien. Deze toename wordt veroorzaakt door de bevolkingsgroei, de (dubbele) vergrijzing, het toenemende aantal chronisch zieken, de extramuralisatie van de zorg en de ontwikkeling van nieuwe innovatieve geneesmiddelen.

Figuur 23.1: Totale uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland (1995–2003)



Bron (VWS (berekeningen CVZ), 2004

Behalve aan geneesmiddelen is er grote behoefte aan voldoende beschikbare, werkzame en veilige organen, weefsels, bloed en medisch-technologische toepassingen. Binnen de gezondheidszorg worden menselijke lichaamsmaterialen (zoals cellen, weefsels en organen) en medisch-technologische toepassingen (zoals medische hulpmiddelen) veelvuldig ingezet. Aan de geneeskundige toepassing van al deze producten zijn echter risico's verbonden. Om een veilig en verantwoord gebruik van goede producten te kunnen waarborgen, is wet- en regelgeving noodzakelijk. Deze wordt voor het grootste deel ontwikkeld en voorbereid in Europees verband. De medische biotechnologie kan een scala aan nieuwe toepassingsmogelijkheden opleveren (zoals snellere en betere diagnostiek, medicatie op maat, gentherapie), die de kwaliteit, de infrastructuur en de kosten van de gezondheidszorg beïnvloeden. Het is daarbij belangrijk om de kansen te herkennen en benutten, maar ook om rekening te houden met de ethische en sociaal-maatschappelijke consequenties die deze toepassingen voor mens en samenleving kunnen hebben.

23.2 Operationele beleidsdoelstellingen

23.2.1 Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening bevorderen

Beleidseffecten

Het gaat de komende jaren bij de geneesmiddelen om de volgende hoofddoelstellingen:

- Bevorderen dat werkzame, innovatieve en veilige geneesmiddelen beschikbaar zijn.
- Waarborgen dat geregistreerde en doelmatige geneesmiddelen toegankelijk zijn.
- Bevorderen dat geneesmiddelen doelmatig en veilig worden voorgeschreven, afgeleverd en gebruikt.

Geneesmiddelen worden voornamelijk gefinancierd uit premiemiddelen. Naar verwachting wordt er in 2005 € 4,5 miljard uitgegeven aan geneesmiddelen. Dit betreft zowel de uitgaven voor geneesmiddelen als de apotheekvergoeding.

Aard van de verantwoordelijkheid
Via het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en de Regeling farmaceutische hulp wordt vastgesteld welk deel van de extramurale zorg in aanmerking komt voor vergoeding. Op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening zijn wij verantwoordelijk om de kwaliteit van geneesmiddelen te bewaken. Het streven is een doelmatig geneesmiddelengebruik te bereiken. Er is geen sprake van een aanwijzende bevoegdheid, maar het is wel mogelijk om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden door kennis te vergroten, objectieve productinformatie beschikbaar te stellen en incentives aan te brengen. De zorgverzekeraar speelt een cruciale rol als het erom gaat een kwalitatief goede en doelmatige geneesmiddelenvoorziening te realiseren, zowel als geneesmiddelen worden voorgeschreven als wanneer ze worden afgeleverd. De arts neemt de uiteindelijke beslissing om medicijnen voor te schrijven. Voor de kwaliteit en de doelmatige toepassing van geneesmiddelen is er sprake van systeemverantwoordelijkheid. De verantwoordelijkheid voor de omvang van het verzekerde pakket gaat echter verder: daar is sprake van resultaatverantwoordelijkheid.

Hoofddoelstelling a: Bevorderen beschikbaarheid werkzame, innovatieve en veilige geneesmiddelen

We zetten in de jaren 2005–2009 het beleid voort dat al in gang gezet is voor: toelating van medicijnen, om bijwerkingen in kaart te brengen en om de ontwikkeling te bevorderen en de drempel voor de beschikbaarheid van (wees)geneesmiddelen te verlagen.

Voor patiënten met een zeldzame aandoening zijn niet altijd voldoende werkzame en veilige geneesmiddelen beschikbaar. In Nederland is, volgens de Europese regelgeving, sprake van een zeldzame aandoening wanneer niet meer dan 8 000 mensen eraan lijden. Het doel is de informatie te verbeteren over de diagnosestelling en behandeling van zeldzame aandoeningen voor patiënten, beroepsgroepen, onderzoekers, farmaceutische industrie, verzekeraars en registratieautoriteiten. Daardoor neemt het aantal informatiekanalen toe. Een tweede doel is het aantal geregistreerde geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen (de weesgeneesmiddelen) geleidelijk te doen toenemen. Ook de komende jaren draagt VWS eraan bij dat het huidige groeitempo van 50% nieuw geregistreerde weesgeneesmiddelen per jaar wordt vastgehouden. Van de 17 in de EU toegestane medicijnen worden er 8 in Nederland vergoed, van de overige is de vergoedingsaanvraag nog in behandeling.
Beide doelen sluiten aan bij het in het jaar 2000 ingezette beleid van de Europese Gemeenschap, in het bijzonder Verordening (EG) 141/2000. In deze verordening worden de lidstaten opgeroepen de ontwikkeling van geneesmiddelen tegen zeldzame aandoeningen te bevorderen.

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidie
De ontwikkeling van weesgeneesmiddelen wordt onder andere gestimuleerd door een jaarlijkse subsidie te verlenen aan de stuurgroep Weesgeneesmiddelen. De stuurgroep bevordert dat patiënten toegang hebben

tot betrouwbare informatie over de beschikbare geneesmiddelen, de diagnose en de behandeling van zeldzame aandoeningen. In de jaren vanaf 2005 zal een sterker accent komen te liggen op de daadwerkelijke ontwikkeling van weesgeneesmiddelen. Hiervoor is, naast de jaarlijkse subsidie (€ 0,5 miljoen), een extra projectsubsidie voor de jaren 2004 – 2008 beschikbaar van in totaal € 0,5 miljoen, waarvoor € 0,1 miljoen bestemd is voor 2005. Deze subsidie loopt via ZonMw. Verder is er € 0,25 miljoen beschikbaar om lacunes aan te vullen in de kennis over het voorschrijven van geneesmiddelen voor kinderen.

VWS geeft een bijdrage aan het RIVM van € 0,5 miljoen voor het project Teratologie Informatie Service (TIS). TIS geeft telefonisch informatie aan verloskundigen, artsen en apothekers over geneesmiddelen, infecties en straling die de zwangerschap en het ongeboren kind nadelig kunnen beïnvloeden. Gemiddeld komen er per jaar drie- tot vierduizend vragen binnen. De gegevens die TIS verzamelt, worden in Europees verband geëvalueerd en gebruikt voor verder onderzoek. In april 2004 werd, in samenwerking met het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Pharmacie een database met gegevens over geneesmiddelen en zwangerschap toegankelijk gemaakt. In 2005 zal deze database worden gevuld met informatie die onder andere input zal leveren voor verdere beleidsontwikkeling.

Overleg
In 2003 is VWS het project Priority Medicines gestart. Het doel van dit project is een onderzoeksagenda op te stellen voor de ontwikkeling van geneesmiddelen. In 2005 wordt het vervolgtraject van het project besproken met de EU-voorzitters die Nederland opvolgen, en met de Europese Commissie. VWS wil de komende jaren een onderzoeksklimaat scheppen waarin de ideeën van het project concreet tot uiting komen. VWS heeft daarin een bemiddelende rol. Instellingen zoals de Europese Investeringsbank en de EU-Kaderprogramma's kunnen fondsen ter beschikking stellen voor onderzoek. In opdracht van VWS heeft de World Health Organisation (WHO) een methode ontwikkeld om aandoeningen te prioriteren. Veel van de ziekten waarin de WHO is geïnteresseerd, zijn ook voor de Nederlandse volksgezondheid van belang. De methode is bruikbaar voor diverse vraagstukken op farmaceutisch terrein.

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
De kwaliteit van het klinisch onderzoek wordt verhoogd door de richtlijnen voor Good Clinical Practice landelijk in wetgeving vast te leggen. Hiervoor zal naar alle waarschijnlijkheid de Wet op het medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) per 2005 zijn aangepast aan de nieuwe Europese richtlijnen. De effecten hiervan op de kwaliteit van de klinische-geneesmiddelenstudies en de gegevens hierover zullen medio 2005 zichtbaar worden.

In 2005 wordt de huidige Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) vervangen door de nieuwe Geneesmiddelenwet. Doelstelling van de nieuwe wet is vereenvoudiging en deregulering. Het aantal lagere regelingen zal eind 2005 zijn teruggebracht van 40 naar ongeveer 10. De nieuwe wet ziet uitsluitend toe op de productketen van het geneesmiddel en bevat geen voorschriften meer over de manier waarop de apotheker zijn beroep moet uitoefenen. De positie van apotheekhoudend huisarts blijft ongewijzigd. Zelfzorggeneesmiddelen zullen voortaan ook verkrijg-

baar zijn bij supermarkten en andere detaillisten dan drogisten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) krijgt de bevoegdheid bestuurlijke boetes op te leggen als de Geneesmiddelenwet wordt overtreden. Het is een taak van het Nederlands Bijwerkingen Centrum, Lareb (www.meldpuntbijwerkingen.nl), om bijwerkingen te verzamelen en analyseren. Hier kunnen artsen, apothekers en patiënten hun ervaringen met bijwerkingen kwijt. De meldingen worden opgeslagen in een databank en doorgegeven aan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), dat ervoor zorgt dat de bijwerkingen worden gemeld aan EMEA (het Europees Bureau voor de Geneesmiddelenbeoordeling) en de WHO. Aan de hand van de ontvangen meldingen beslist het CBG of EMEA of de gemelde bijwerking consequenties zal hebben. De Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening (DGV) is in 2004 een meldpunt gestart over ervaring met medicijnen voor mensen die geneesmiddelen gebruiken (www.meldpuntmedicijnen.nl). Ervaringen met bijwerkingen worden doorgespeeld naar het Lareb.

Beoordeling en handhaving
Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), een zelfstandig bestuursorgaan, draagt actief bij aan de kwaliteit van geneesmiddelen in Nederland. Het college beoordeelt, registreert en bewaakt geneesmiddelen. Nadat geneesmiddelen zijn toegelaten, toetst het CBG de actualiteit van de patiëntenbijsluiter en de productinformatie.
Het CBG is betrokken bij de Europese procedures voor de toelating van geneesmiddelen en voor de bewaking van de veiligheid daarvan. De betrokkenheid van het CBG komt tot uitdrukking in een groot aantal rapporteurschappen dat wordt toegekend aan de Nederlandse afgevaardigden in het wetenschappelijke comité van de Europese registratieautoriteit, de EMEA. Dit geldt niet alleen bij nieuwe aanvragen om een EU-handelsvergunning af te geven, maar ook bij het groeiend aantal procedures over nationale handelsvergunningen waarover een oordeel van de EMEA wordt gevraagd. Daarnaast is Nederland vaak gidsland bij procedures van wederzijdse erkenning van nationale handelsvergunningen.
Het Europese werk vereist naast deelname aan het wetenschappelijke comité van de EMEA veel overleg in werkgroepen. Er zijn nieuwe werkgroepen opgericht die zich bezighouden met gentherapie en met de vergelijkbaarheid van biotechnologische producten, en daarnaast bestaat al enkele jaren een werkgroep voor kruidengeneesmiddelen.
De baten-lastendienst CBG (Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen/ACBG) ondersteunt de taken van het CBG. Haar werkzaamheden worden toegelicht in de paragraaf voor de diensten die een baten-lastenstelsel voeren.

Hoofddoelstelling b: Waarborgen toegankelijkheid van geregistreerde en doelmatige geneesmiddelen

Prijs- en vergoedingssysteem
Het prijs- en vergoedingssysteem is van grote invloed op de voorschrijf- en afleverbeslissingen van artsen en apothekers. Het convenant «inzake het omzetten van kortingen en bonussen voor generieke geneesmiddelen in structurele prijsverlagingen» van 13 februari 2004 is inmiddels een belangrijke component van het prijs- en vergoedingssysteem.

In 2003 heeft het kabinet aangekondigd per 1 januari 2005 de vergoedingslimieten voor geneesmiddelen te zullen verlagen. Dit voornemen kan niet los worden gezien van het convenant dat in februari 2004 is gesloten met

zorgverzekeraars, apothekers en generieke fabrikanten. Momenteel wordt daarom overleg gevoerd met deze partijen over (voorwaarden voor) voortzetting van het convenant en in hoeverre dit in combinatie kan met het verlagen van de vergoedingslimieten. De totale te realiseren besparing op de geneesmiddelenuitgaven in 2005 bedraagt € 685 miljoen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidie
VWS maakt het mogelijk dat informatie over prijzen van, vergoedingen voor en bijbetalingen op geneesmiddelen beschikbaar zijn via internet (€ 0,1 miljoen). Deze informatie is essentieel voor een goede werking van het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) en de No-claimregeling. Zij draagt ook bij aan een algemeen kostenbewustzijn. Met dit doel wordt ook vanaf eind 2004 de declaratieprijs van een geneesmiddel op het etiket afgedrukt.

Handhaving
De baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) verzorgt voor het geneesmiddelenbeleid de volgende uitvoerende taken:
- Het verleent farmaceutische vergunningen, drogistenvergunningen en Opiumwetontheffingen.
- Het kent vergoedingslimieten toe (Geneesmiddelenvergoedingensysteem) en het stelt maximumprijzen vast (Wet geneesmiddelenprijzen) voor geneesmiddelen.
- Het beslist of een arts een apotheek mag exploiteren. Deze beslissing neemt de commissie voor de gebiedsaanwijzing (COGEBA). Het CIBG benoemt de leden voor deze commissie.
- Het organiseren van productie, import en export van medicinale cannabis en de groothandel daarin.
  Voor de gegevens van de baten-lastendienst verwijzen we naar de paragraaf voor diensten die een baten-lastenstelsel voeren.

Premiegerelateerde instrumenten
Zoals hiervoor vermeld is, wordt de Tweede Kamer separaat geïnformeerd over maatregelen die per 1 januari 2005 ingevoerd worden (voortzetting van het convenant en/of modernisering van het GVS).

Onderzoek
De nadere beschouwing van het prijs- en vergoedingssysteem van de afgelopen periode levert ook nieuwe inzichten op over de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). Nader onderzoek naar de mix van referentielanden kan er in 2005 toe leiden dat de WGP wordt aangepast, waarmee het doel van de WGP beter wordt gediend dan in de huidige mix. Als dit onderzoek leidt tot aanpassing van de WGP, kan die op zijn vroegst per 1 juli 2005 van kracht worden.

Het geneesmiddelenpakket
Uitgangspunt is dat doelmatige geneesmiddelen die therapeutisch waardevol zijn en die behoren tot noodzakelijke zorg, toegankelijk blijven voor iedereen die deze middelen nodig heeft. De systematiek om nieuwe geneesmiddelen te beoordelen voor opname in het pakket wordt hiertoe verder aangescherpt.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
De procedure om nieuwe geneesmiddelen toe te laten tot het pakket wordt verfijnd, onder andere door de verplichte farmaco-economische toets in te voeren en het criterium «ziektelast» uit te werken. De uitkomsten hiervan kunnen ertoe leiden dat de vergoedingssystematiek wordt aangepast.
Het CVZ evalueert in 2004 de beoordelingssystematiek om nieuwe geneesmiddelen op te nemen. Ook evalueert het CVZ in 2004 het gebruik om voorwaarden te stellen aan de vergoeding van nieuwe geneesmiddelen, die vaak ook duur zijn (op grond van bijlage 2 bij de Regeling farmaceutische hulp 1996). Op basis van de uitkomsten worden deze instrumenten in 2005 geoptimaliseerd.

Onderzoek
Op basis van een uitvoeringstoets van het CVZ in het najaar 2003 wordt onderzocht of en op welke wijze het geneesmiddelenpakket kan worden gecategoriseerd op basis van ziektelast en welke implicaties dit heeft voor de vergoedingssystematiek. In eerste instantie wordt gekeken naar de categorie «minimale ziektelast».

Per 1 januari 2005 is het verplicht om resultaten van farmaco-economisch onderzoek aan te leveren bij een aanvraag tot opname van een geneesmiddel in het pakket. Op basis van deze farmaco-economische informatie kan de doelmatigheid van het geneesmiddel worden bepaald. Geneesmiddelen die onvoldoende doelmatig zijn, zullen niet worden toegelaten tot het pakket.

Handhaving
Als de kosten van een geneesmiddel hoog zijn en de kans op onjuist gebruik aanzienlijk is, kunnen er voorwaarden aan de verstrekking worden gesteld. In toenemende mate komen nieuwe, vaak dure, geneesmiddelen op de markt die slechts een meerwaarde hebben voor een specifieke groep patiënten. In 2005 zullen daarom meer voorwaarden gesteld worden dan tot nu toe gebeurde.

Hoofddoelstelling c: Bevorderen doelmatig en veilig voorschrijven, afleveren en gebruiken van geneesmiddelen

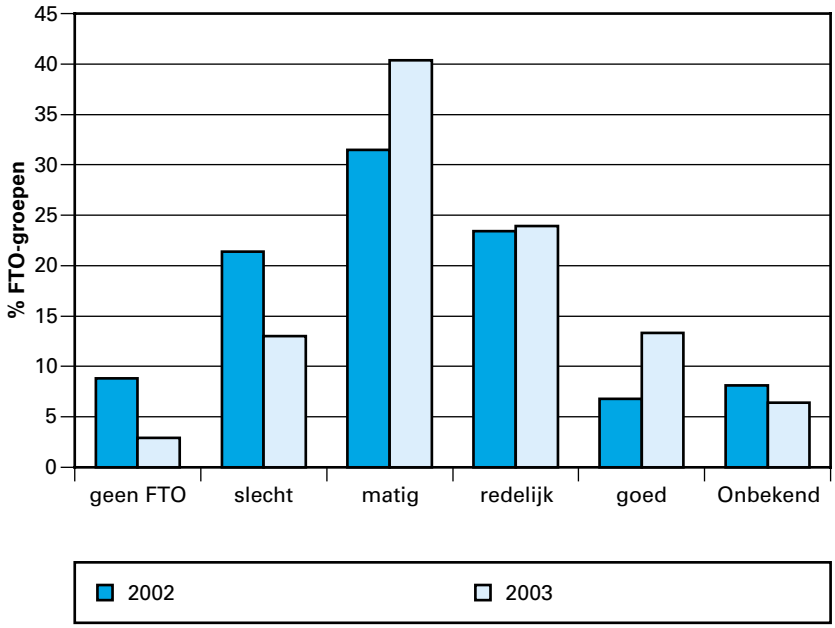
Een deel van de verantwoordelijkheid om de geneesmiddelenvoorziening vorm te geven, is overgedragen aan de zorgverzekeraars. De verwachting is dat zij beter in staat zijn om de kwaliteit en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen en dat zij daarmee tevens de uitgaven- en volumegroei beter kunnen beheersen. Zij hebben direct contact met zorgaanbieders en verzekerden en zijn daardoor beter in staat het gedrag van betrokkenen te beïnvloeden.
Ook de zorgexpertise van de apotheker moet beter worden benut. Er is een belangrijke taak voor de apotheker weggelegd als het erom gaat artsen en patiënten te adviseren over geneesmiddelen en geneesmiddelengebruik. Met het wetvoorstel om de apotheker onder de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) te brengen, wordt de extra nadruk op het zorgverlenerschap van de apotheek formeel bevestigd.

In 2005 zal een nieuw modulair tariefsysteem voor apotheekhoudenden worden ingevoerd dat naar verwachting bestaat uit een basisdienstenpakket en optionele aanvullende (zorg)modules. Een dergelijke tariefstructuur biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om extra farmaceutische zorg te contracteren en te belonen. De zorgexpertise van de apotheker kan zo zichtbaarder worden benut. Tot nu toe heeft onderzoek van het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) naar de prestaties van zorgverzekeraars in de periode 2002–2003 laten zien dat een meerderheid van de zorgverzekeraars «redelijk» tot «goed» op weg is naar een doelmatige geneesmiddelenvoorziening. VWS wil voor 2005 en verdere jaren dat zorgverzekeraars deze score verbeteren. Zorgverzekeraars kunnen hierbij onder meer gebruikmaken van het TPG-rapport over de logistiek in de zorg, dat interessante aangrijpingspunten biedt om de farmalogistiek te verbeteren, vooral op het terrein van geneesmiddelen voor chronisch gebruik.
Ook taakherschikking – zowel binnen het apotheekbedrijf als tussen zorgverleners – kan bijdragen aan een doelmatiger geneesmiddelenvoorziening. In 2005 zal worden bekeken of de apotheker een rol kan spelen bij bepaalde taken die de huisarts nu nog doet, bijvoorbeeld bij de herhaalmedicatie.

In 2005 vinden er veel activiteiten plaats om doelmatig voorschrijven mogelijk te maken en te bevorderen: er wordt onafhankelijke informatie verstrekt, en deze kennis wordt geïmplementeerd in FTO-verband. Ook hierbij willen wij dat zorgverzekeraars een prominente rol gaan vervullen. Hiertoe dienen zij instrumenten en prikkels te krijgen. Voorschrijfgedrag veranderen is een moeilijk proces. Daarnaast is het belangrijk om al in de fase waarin gedrag wordt aangeleerd, te werken aan de bewustwording van de aankomende voorschrijver dat hij verantwoordelijk is om collectieve middelen zo veilig en doelmatig mogelijk in te zetten.

Als indicator voor regionale doelmatigheid wordt gebruikgemaakt van de kwaliteit van het eerstelijns Farmaco-Therapeutisch Overleg (FTO), waarbinnen de voorschrijver, apotheker en zorgverzekeraar de concepten «doelmatig en verantwoord voorschrijven en afleveren» invullen. Hogere kwaliteit van FTO gaat samen met lagere kosten voor geneesmiddelgebruik.
Figuur 23.2 toont de huidige situatie van de kwaliteit van het FTO in de Nederlandse regio's. Meer informatie is te vinden op *www.nivm.nl*. In 2007 wordt gestreefd naar een FTO-tabel waaruit blijkt dat meer dan 80% van alle beoordeelde FTO-groepen redelijk tot goed functioneert; dat wil zeggen dat de kwaliteit van het overleg over het algemeen op peil is.

Figuur 23.2: Kwaliteit van het FTO in de Nederlandse regio's



Bron: Stichting DGV 2003.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidie
Stichting DGV stimuleert en evalueert het FTO, verzorgt nascholing en draagt bij aan de transparantie van geneesmiddelenvoorziening (€ 2,2 miljoen). Stichting DGV speelt hiermee een belangrijke rol om de kwaliteit van het FTO te verhogen, wat ertoe moet leiden dat geneesmiddelen doelmatiger worden voorgeschreven. Adequate informatievoorziening voor het geneesmiddelenbeleid wordt gestimuleerd door ontwikkelingen, trends en knelpunten binnen de farmaceutische zorg in kaart te brengen, en door toegepast onderzoek te doen naar het gebruik.
De inventarisatie die in 2004 is gemaakt van de activiteiten die goed werken in het kader van doelmatig voorschrijven, zal de basis zijn om het beleid in 2005 en latere jaren verder te intensiveren. Instrumenten en prikkels voor zorgverzekeraars zullen hiervan deel uitmaken. In totaal is hiervoor in 2005 € 1,5 miljoen beschikbaar.
Om de totale geneesmiddelenuitgaven en diverse onderdelen van het prijs- en pakketbeleid te ramen, monitoren en evalueren, wordt gebruikgemaakt van het datawarehouse van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Overige belangrijke begrotingsgefinancierde leveranciers van informatie zijn het Instituut voor Farmaceutisch Praktijkonderzoek en het Instituut voor Farmaco-epidemiologisch Onderzoek.

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
Zorgverzekeraars krijgen via deregulering en instrumentering meer mogelijkheden om daadwerkelijk te beïnvloeden dat geneesmiddelen doelmatig worden voorgeschreven en afgeleverd. In 2005 zal een nieuw modulair tariefsysteem voor apotheekhoudenden worden geïntroduceerd

en de aanpassing van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG ExPres) worden voltooid. Hierdoor zijn verzekeraars beter in staat om afspraken te maken met individuele zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van de dienstverlening.

Onderzoek
In 2005 zal het CTG, evenals in 2004, onderzoek uitvoeren naar de inkoopvoordelen van apotheekhoudenden. De uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt om verder beleid te ontwikkelen. Ze zijn vooral bepalend voor de hoogte van de hiervoor genoemde modulaire apotheektarieven: aanpassing van die hoogte ligt alleen in de rede als met het onderzoek voldoende transparantie wordt gerealiseerd en als het inkomen uit kortingen en bonussen voldoende is gedaald.
Het CVZ levert met de publicatie van het Farmacotherapeutisch Kompas en het Geneesmiddelen Bulletin een belangrijke bijdrage aan objectieve productinformatie en aan het evidence-based voorschrijven en afleveren. Naast de begrotingsgefinancierde informatie leveranciers levert ook het CVZ beleidsinformatie via het Beleidsonderzoek Geneesmiddelen en het Geneesmiddelen Informatie Project.
Met de Monitor Farmaceutische Hulp draagt het CVZ eraan bij dat een goede, toegankelijke en doelmatige geneesmiddelenvoorziening in stand gehouden wordt door de ontwikkelingen, trends en knelpunten in de geneesmiddelenvoorziening, inclusief de inspanningen van de zorgverzekeraars, in kaart te brengen en te analyseren.

23.2.2 Beschikbaarheid, kwaliteit, veiligheid en doelmatig gebruik van transplantaten en van medisch technologische toepassingen bevorderen

Beleidseffecten
Het beleid is erop gericht kwaliteit, veiligheid en doelmatig gebruik van transplantaten en medisch-technologische toepassingen te waarborgen, en is gericht op de gevolgen van biotechnologische ontwikkelingen voor de gezondheidszorg. Doelstellingen die hiermee samenhangen zijn voldoende beschikbaarheid en toegankelijkheid. De toepassing van medische producten, geheel of gedeeltelijk gebaseerd op lichaamsmateriaal, vergt bijzondere aandacht, omdat voor dit soort producten nulrisico in de geneeskunde niet haalbaar is. Het veiligheidsbeleid voor dit soort producten is er dan ook op gericht te komen tot een aanvaardbaar risico, waarbij de voor- en nadelen van al dan niet invoeren van veiligheidsmaatregelen tegen elkaar worden afgewogen (optimaal veiligheidsbeleid), voordat een besluit wordt genomen.

Voor 2005 gaat het om de volgende hoofddoelstellingen:
1. Stimuleren van de ontwikkeling en voldoende beschikbaarheid van producten met therapeutische meerwaarde voor aandoeningen of specifieke patiëntengroepen waarvoor nog geen of onvoldoende adequate behandeling beschikbaar is.
2. Waarborgen dat alle beschikbare producten werkzaam en veilig zijn.
3. Bevorderen dat (a) alleen tot het gebruik van producten wordt besloten als dat gebruik doelmatig zal zijn en (b) de aflevering vervolgens doelmatig wordt gerealiseerd.

Aard van de verantwoordelijkheid
Er zijn diverse regels om humane lichaamsmaterialen, medische hulpmiddelen en medische stralingstoepassingen veilig en verantwoord te gebruiken. Met deze regels geven we kaders aan waarbinnen alle

betrokkenen in de zorgketen moeten handelen. De operationele verantwoordelijkheden in de zorgketen liggen bij de direct betrokken instellingen, zorgverleners of fabrikanten.
Voor orgaandonatie geven we de kaders aan om de mogelijkheden te optimaliseren. De zorgverleners dragen de verantwoordelijkheid om de donatieprocedures uit te voeren. Of donororganen daadwerkelijk beschikbaar zijn, is behalve van de effectiviteit van de donorwerving, ook in belangrijke mate afhankelijk van het aantal overledenen dat geschikt is voor orgaandonatie. Dit alles betekent dat wij op het terrein van medische technologie en transplantaten indirect verantwoordelijk, en dus systeemverantwoordelijk zijn.

Hoofddoelstelling d: stimuleren van de ontwikkeling en voldoende beschikbaarheid van producten met therapeutische meerwaarde voor aandoeningen of specifieke patiëntengroepen waarvoor nog geen of onvoldoende adequate behandeling beschikbaar is

Orgaandonatie
Ook in de komende jaren blijft VWS vooral het aanbod bevorderen van postmortaal verkregen organen die voor transplantatie geschikt zijn. Een groter aanbod van organen kan de wachttijden voor orgaantransplantatie verkleinen. Dit is heel belangrijk, omdat het vaak om patiënten met levensbedreigende aandoeningen gaat. VWS wil de volgende effecten bewerkstelligen:
- De donorwerving in en door ziekenhuizen verbeteren.
- De bereidheid onder burgers vergroten om zich te laten registreren als potentiële donor en om als nabestaanden toestemming te geven voor donatie; momenteel staat 37% van de ingezetenen van Nederland geregistreerd in het Donorregister. Het streven is het aantal geregistreerden te verhogen tot 40% eind 2006.
- Het aanbod van organen uit nieuwe ontwikkelingen vergroten.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidie
Om het aanbod van geschikte orgaandonoren in ziekenhuizen te bevorderen, worden donorfunctionarissen aangesteld. Deze functionarissen ondersteunen artsen zo vroeg mogelijk in het proces van een donatieprocedure. Momenteel zijn 58 (30 fte) functionarissen daadwerkelijk aangesteld, verspreid over circa 50 ziekenhuizen. De verwachting is dat er eind 2004 46 fte aan donatiefunctionarissen werkzaam zal zijn. Hiervoor is jaarlijks een bedrag beschikbaar van € 2.2 miljoen. In 2006 zal de financiering naar verwachting verschuiven van begroting naar premie.

VWS subsidieert de pilot Requestorfunctie die in 2003 in de Rotterdamse regio van start is gegaan. Door «requestors» in te zetten bij de nabestaanden hoopt men vaker toestemming voor donatie te krijgen. Aan de hand van de evaluatie van deze pilot zal eind 2004 bezien worden of in 2005 de requestor breder kan worden ingevoerd in de Nederlandse ziekenhuizen. Vooruitlopend hierop hebben we er € 0,5 miljoen voor gereserveerd.

Het advies van de Gezondheidsraad Nieuwe wegen naar orgaandonatie laat zien dat non-heartbeating (nhb)-donatie en donatie bij leven mogelijkheden bieden om voor een aantal organen het donatietekort te doen

verminderen. De Nederlandse Transplantatie Stichting is gevraagd een landelijk programma (inclusief pilot) op te stellen om de introductie van nhb-donatie en transplantatie op grotere schaal mogelijk te maken (€ 0,3 miljoen). Dit programma zal in 2005 van start gaan.

Uit de tweede evaluatie van de Wet op de orgaandonatie (WOD) is gebleken dat er tussen ogenschijnlijk vergelijkbare ziekenhuizen grote structurele verschillen zijn in het aantal donoren. In het kader van het programma Sneller Beter zullen ziekenhuizen die het goed doen paarsgewijs worden gekoppeld aan ziekenhuizen die veel potentie hebben, maar relatief weinig donoren werven. In deze samenwerking kunnen de ziekenhuizen nagaan of er mogelijkheden zijn om het aantal donoren te laten stijgen.

Agentschap CIBG
Het Donorregister is onderdeel van het agentschap CIBG en heeft als hoofdtaak wilsbeschikkingen voor orgaan- en weefseldonatie te registreren en te beheren. Het register heeft daarnaast twee andere taken: jaarlijks nieuwe achttienjarigen aanschrijven en informatie verstrekken over registratie.

Communicatie en voorlichting
VWS stimuleert continue publieksvoorlichting met als doel dat orgaandonatie als norm wordt geaccepteerd door de bevolking. Daarbij zal het accent verlegd worden van het aantal registraties verhogen naar het vaker geven van toestemming door nabestaanden. De publieksvoorlichting loopt via het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). De Stichting Transplantatie Nu! geeft kleinschalige voorlichting vanuit het patiëntenperspectief.

In 2005 zal een proef worden uitgevoerd in een aantal steden waarbij burgers een donorformulier uitgereikt krijgen op het moment dat zij een paspoort aanvragen. Daarbij zal een aantal verschillende varianten worden getoetst, die uiteenlopen van het louter overhandigen van het formulier tot aan een zeer actieve benadering van de klant door de betrokken ambtenaren (in totaal € 0,05 miljoen). Op basis van een evaluatie van deze proef zal VWS besluiten of en op welke manier het tot landelijke uitvoering zal overgaan.

Toezicht
Ziekenhuizen spelen een cruciale rol als het erom gaat het aantal orgaandonaties te vergroten. Begin 2005 wordt naar verwachting de Wet op de orgaandonatie gewijzigd. Daarin zijn nieuwe verplichtingen opgenomen die de donatieprocedure strikter regelen, zoals de verplichtingen om bij ieder overlijdensgeval het donorregister te raadplegen en een formulier in te vullen wanneer iemand in een ziekenhuis overlijdt. De overige in het wetsvoorstel opgenomen wijzigingen hebben vooral tot doel om diegenen die professioneel bij orgaandonatie betrokken zijn, beter te ondersteunen en te faciliteren. Doordat de procedure op deze manier is aangescherpt, zullen minder potentiële donororganen nodeloos verloren gaan. VWS zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vragen erop toe te zien dat de WOD wordt nageleefd.

Medische biotechnologie
Hét grote belang van de toepassing van medische biotechnologie ligt in de mogelijkheid om de kwaliteit en effectiviteit van de gezondheidszorg en daarmee van de gezondheid en het welzijn van de burger verder te

verbeteren. Medische biotechnologie (en het stimuleren ervan) is belangrijk om innovatieve producten en behandelingsmethoden te verkrijgen die van waarde zijn voor onze gezondheid en de gezondheidszorg.

Medische biotechnologie is een bijzondere, maar tegelijk ook een gewone technologie. Aan de ene kant is het een gewone technologie, waarop het algemene beleid van VWS van toepassing is. Dit algemene beleid is, onder meer, gericht op de geïnformeerde patiënt, de deskundige zorgverlener en op het stimuleren van verantwoorde innovatie en toegankelijkheid van de zorg.
Aan de andere kant heeft medische biotechnologie bijzondere elementen in zich die specifiek beleid wenselijk maken. Een goed voorbeeld hiervan is dat door de snelle ontwikkelingen op het gebied van genetische screening en diagnostiek inmiddels vaker en met meer zekerheid de kans is vast te stellen dat iemand een bepaalde aandoening zal krijgen, waarvoor nog geen adequate behandeling is. Dit stelt specifieke eisen aan de kennis en communicatievaardigheden van de zorgverlener, maar ook aan het begripsvermogen van de burger.

VWS wil de kansen optimaal benutten en eventuele risico's die verbonden zijn aan de toepassing, zo klein mogelijk maken. Om dat te realiseren wil VWS zich ervoor inzetten dat:
- De burger (patiënt of consument) toegang heeft tot betrouwbare en begrijpelijke informatie (en hierdoor goede keuzes kan maken).
- De zorgverlener deskundig en vaardig is (en hierdoor de patiënt goed kan informeren, behandelen en begeleiden).
- Nieuwe vergaarde kennis wordt omgezet in veilige biotechnologische toepassingen, die toegankelijk en betaalbaar zijn.
- Het overheidsbeleid evenwichtig, tijdig en transparant is.

VWS wil deze inzet tot uitdrukking brengen door deze randvoorwaarden te faciliteren en te stimuleren. Voorop staat daarom dat we de kansen willen benutten, maar dit is natuurlijk niet de enige dimensie. Ook aandacht voor de ethische aanvaardbaarheid en maatschappelijke gevolgen is belangrijk bij de besluitvorming over medisch-biotechnologische toepassingen. In totaal is hiervoor in 2005 € 0,5 miljoen beschikbaar.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidie
Het ERFO-centrum verstrekt informatie over erfelijkheid aan het brede publiek. In 2005 wordt de rol van dit centrum uitgebreid tot het hele gebied van de medische biotechnologie. Daarbij zal ook de mogelijkheid worden verschaft meer informatie/voorlichting op maat te verstrekken, ook aan minderheden en groeperingen met bijzondere kenmerken. In 2006 moet uit monitoring blijken dat het ERFO-centrum een centraal toegankelijke en betrouwbare informatiebron voor de burger is geworden.

Communicatie en voorlichting
Als burgers basiskennis hebben over medische biotechnologie kan dit bijdragen tot een beter begrip van deze technologie, als ze hiermee later in de persoonlijke sfeer te maken krijgen. Ook dit bevordert de keuzevrijheid. Samen met onze collega's van OCW streeft VWS ernaar in 2005 (zo nodig) onderwijspakketten te laten ontwikkelen voor het basisonder-

wijs en voortgezet onderwijs op het gebied van de medische biotechnologie en de toepassing ervan te stimuleren. In 2007 wordt geëvalueerd of dit initiatief effectief is geweest.
De kennis over het overheidsbeleid voor medische biotechnologie zal in 2005 worden uitgewisseld via het Forum Biotechnologie en Genetica (FBG), op de Bilderbergconferenties en in publieke debatten die worden georganiseerd. Dit leidt tot een anticiperend overheidsbeleid en actualisering van de beleidsagenda medische biotechnologie. Daarnaast zal de bestaande website over medische biotechnologie van VWS worden geactualiseerd (*www.biotechnologie.minvws.nl*).
Interdepartementaal wordt er in samenwerkingsverband onder meer aan gewerkt de communicatie en het voorlichtingsbeleid op elkaar af te stemmen, zodat er in 2005 een geïntegreerd overheidsbeleid is op het gebied van biotechnologie, waarvan burgers onder meer via internet drempelloos kennis kunnen nemen.
In het kader van de vaststelling van het werkprogramma is voor najaar 2004 aan de Stuurgroep Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) gevraagd om medische biotechnologie te gebruiken als casus om te komen tot een systeem van na- en bijscholing en een systeem van aanpassing van opleidingscurricula. In beide systemen moet een goede afstemming zijn opgenomen op de wetenschappelijke ontwikkelingen en op de kennis en vaardigheden die de patiënt/consument heeft gevraagd, en moet zeker zijn gesteld dat bedoelde zorgverleners de na- en bijscholing ook daadwerkelijk ontvangen. In 2008 rapporteert de MOBG over de resultaten aan de minister van VWS.

Wet- en regelgeving
Wet- en regelgeving kunnen invloed hebben op hoe snel biotechnologische toepassingen worden geïntroduceerd. Waar mogelijk wordt bestaande wet- en regelgeving gestroomlijnd en afgeslankt, nieuwe, doelmatige wet- en regelgeving wordt opgesteld en bestaande procedures worden doelmatiger gemaakt.
Voor medische biotechnologie geldt dat steeds meer wet- en regelgeving wordt gebaseerd op internationale ontwikkelingen. Daarom zal een Europese agenda medische biotechnologie worden opgesteld met daarin alle relevante internationale ontwikkelingen én de voorgenomen aanpak om te zorgen dat deze ontwikkelingen maximaal aansluiten bij de nationale doelstellingen op dit gebied. Daarnaast zal de Gezondheidsraad met behulp van het systeem van horizonscanning Early Warning aan VWS periodiek informeren welke (bio)technologische ontwikkelingen er op ons af komen en wat de mogelijke effecten daarvan kunnen zijn op de organisatie van de zorg.

Onderzoek
Om het «Translationeel onderzoek gentherapie» te ondersteunen, levert VWS een bijdrage aan het plan van aanpak van ZonMw dat over de periode 2004 – 2013 wordt uitgevoerd. De bijdrage in 2005 is € 0,7 miljoen. In 2006 volgt een tussenevaluatie.
Om in elk geval publieke onderzoeksgelden efficiënter en doelmatiger in te kunnen zetten op de onderzoeksprogramma's zal VWS op basis van beschikbare gegevens de maatschappelijke vraag inventariseren naar gewenst medisch biotechnologisch onderzoek. VWS zal vervolgens, samen met betrokken partijen, een nationale onderzoeksagenda voor de medische biotechnologie opstellen die aansluit bij de maatschappelijke vraag, zodat publieke en private onderzoeksgelden vanuit de samenleving gezien, efficiënter en doelmatiger kunnen worden ingezet. VWS zal

stimuleren dat voor de uitvoering van die agenda ruime mogelijkheden worden gecreëerd voor publiek-private samenwerking.
Het FBG beziet in 2005 met EZ, OCW, industrie, zorgverleners, verzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties welke algemene of specifieke knelpunten er bestaan voor de toegankelijkheid van nieuwe medisch-biotechnologische producten en hoe deze kunnen worden opgelost.

Hoofddoelstelling e: waarborgen dat producten als bewerkt en onbewerkt lichaamsmateriaal en medische hulpmiddelen werkzaam, hoogwaardig en veilig zijn

Het is van groot belang voor de volksgezondheid dat producten als bewerkt en onbewerkt lichaamsmateriaal en medische hulpmiddelen veilig zijn en doen wat ze moeten doen. Om dat te realiseren streeft VWS naar de volgende beleidseffecten:
- Alle beschikbare producten voldoen aan wettelijke eisen.
- De gebruikte productiemethodes voldoen aan kwaliteitseisen en -normen.
- In 2009 is de herkomst bekend van lichaamsmateriaal dat in producten wordt gebruikt.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
In 2005 wordt er voor diverse productcategorieën aan gewerkt Europese wet- en regelgeving op te stellen, te wijzigen en te implementeren:
- Er wordt een Europese verordening opgesteld voor substantieel bewerkt lichaamsmateriaal. De richtlijn Weefsels en cellen (2004/23/EG) ziet toe op de herkomst van het bronmateriaal, de aankomende verordening op de substantieel bewerkte producten die daaruit gemaakt kunnen worden. Eisen aan productiemethodes en aan de producten zelf zullen op die manier worden vastgelegd.
- De Europese medischehulpmiddelrichtlijnen worden geactualiseerd en aangescherpt.
- De implementatie in nationale wet- en regelgeving wordt voorbereid van de Richtlijn Weefsels en Cellen. Deze richtlijn is onder nr 2004/23/EG gepubliceerd in het Staatsblad van de Europese Unie. De (beperkte) aanpassingen van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (WVKL), inclusief het bijbehorende Eisenbesluit lichaamsmateriaal, moeten op 7 april 2006 afgerond zijn.

De WVKL wordt daarnaast- voorzover dat mogelijk is in relatie tot de Europese regelgeving- verder uitgewerkt zodat ook de bepalingen over bewerkt lichaamsmateriaal van kracht kunnen worden.

Doordat nieuwe lidstaten toetreden tot de EU, krijgt de internationale component de komende jaren een zwaarder accent. Nieuwe lidstaten hebben nog geen ervaring met de implementatie en uitvoering van de Europese regelgeving. Medische hulpmiddelen, goedgekeurd in deze lidstaten, worden zonder verdere toetsing toegelaten in de gehele EU (en komen dus ook beschikbaar voor de Nederlandse gebruiker). Om de mogelijke risico's te beperken is het belangrijk een netwerk op te bouwen en samenwerking aan te gaan met deze lidstaten. In samenwerking met

de geneesmiddelautoriteiten gaan we verder na hoe we de veiligheid van combinatieproducten van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen beter kunnen bewaken.

Subsidie
Voor medische hulpmiddelen en onbewerkt lichaamsmateriaal worden normen ontwikkeld. Deze normen zijn waarborgen en randvoorwaarden op grond waarvan vermoed wordt dat deze producten aan de wettelijk gestelde essentiële eisen voldoen. Het Nederlands Normalisatie Instituut stelt in overleg met alle betrokken partijen deze normen vast. VWS subsidieert de daarvoor opgerichte normcommissies mede (€ 0,2 miljoen), waarbij het accent erop ligt dat de deelname van gebruikers en onafhankelijke experts gewaarborgd is. Als eerste wordt een norm ontwikkeld voor onbewerkt lichaamsmateriaal die zich zal richten op de keten tussen de donor en de ontvanger van lichaamsmateriaal, waarbij extra aandacht wordt gegeven aan de overdracht van lichaamsmateriaal (en bijbehorende informatie) tussen betrokken instellingen, zoals ziekenhuizen en orgaanbanken.

Onderzoek
Om de wetenschappelijke kennis op peil te houden, zowel voor het normalisatiewerk als om adviezen op te stellen, blijven we toegepast onderzoek doen. Het gaat om onderzoek en ontwikkeling van veiligheidstesten. Een concreet onderzoek dat al loopt bij het RIVM betreft de evaluatie/ontwikkeling van testmethodes voor biocompatibiliteit van degradeerbare materialen. Dit soort materialen wordt steeds meer toegepast, niet alleen in medische hulpmiddelen maar ook als belangrijke component in tissue engineered products (teps). Doordat experts (van het RIVM) actief deelnemen aan relevante normcommissies, (inter)nationale werkgroepen en aan expertpanels wordt een bijdrage geleverd aan de kwaliteit en veiligheid van medisch technologische producten (inclusief lichaamsmateriaal) en aan de toepassing daarvan. Als er Europese en internationale regelgeving voor medisch-technologische producten (inclusief lichaamsmateriaal) tot stand komt, vragen wij om wetenschappelijk advies van onder andere het RIVM.

> *Tissue engineered products* zijn producten die bestaan uit menselijke cellen die gecombineerd met kunstmatige stoffen in staat zijn om weefsels en organen te repareren, te herstellen of te vervangen. Er is een groeiend aantal toepassingsgebieden, waaronder huidtransplantatie bij bijvoorbeeld kleine brandwonden, vervanging van bot en/of kraakbeen, en herstel van weefsels die hormonen en enzymen produceren. Tissue engineered products bestaan vaak uit een combinatie van levende cellen, biomaterialen en biomoleculen. De menselijke cellen die voor tissue engineered products gebruikt worden, kunnen afkomstig zijn van het eigen lichaam van de ontvanger (autologe producten) of van een ander (allogene producten).

Monitor
Op Europees niveau werkt VWS eraan mee een monitoringsysteem te ontwikkelen om bijwerkingen bij gebruik van cellen en weefsels te melden.

Hoofddoelstelling f: bevorderen dat het gebruik van bloed effectief en veilig is

Als het gaat om de veiligheid, is er in de hele bloedtransfusieketen (van donor tot ontvanger) niet zo veel winst meer te behalen op het terrein van de producten zelf: de bloedproducten in Nederland zijn zeer veilig. De winst is te behalen in het gebruik van bloed. Hierin kan de CBO-richtlijn bloedtransfusie stimulerend werken. Als transfusiecriteria strikter worden nageleefd, kan het gebruik van bloed significant omlaag, zonder dat de kwaliteit van zorg inboet. Sterker, de kwaliteit van zorg gaat zelfs iets omhoog. Daarbij leveren minder bloedtransfusies veel geld op. De voornaamste beleidseffecten zijn:

- Het huidige niveau van kwaliteit en veiligheid van de bloedvoorziening wordt gehandhaafd.
- De doelmatigheid en veiligheid van het gebruik in de praktijk wordt verbeterd.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
De evaluatie van de Wet inzake bloedvoorziening (WIBV) die in 2003 is afgerond, heeft laten zien dat de wet goed functioneert en dat deze in de kern niet gewijzigd hoeft te worden. De wet draagt eraan bij het huidige niveau van kwaliteit en veiligheid van de bloedvoorziening te handhaven. In 2005 zullen we slechts enkele kleine wijzigingen hoeven door te voeren. Verder zal begin 2005 de Europese richtlijn bloed in nationale wetgeving zijn geïmplementeerd. Binnen Europa werken we er actief aan mee dat de technische bijlagen bij deze richtlijn verder worden uitgewerkt.

Subsidies
Om de procedures rond bloedtransfusie te optimaliseren, is het belangrijk dat bijwerkingen van bloedtransfusies worden gemeld. De Stichting TRIP (Transfusie Reacties In Patiënten), die tot en met 2005 van VWS een subsidie ontvangt (€ 0,2 miljoen per jaar), registreert bijwerkingen van bloedproducten en rapporteert daarover.

Convenanten en afspraken
In situaties waarbij bloed in de praktijk wordt gebruikt, onderzoeken we, in overleg met de IGZ, of het nodig is te stimuleren dat in ziekenhuizen de donatiecriteria worden toegepast, zoals het CBO die heeft ontwikkeld. Deze kunnen ook helpen de traceerbaarheid van het bloed te verbeteren.

Onderzoek
Om de doelmatigheid in de bloedvoorziening te verbeteren, is het CVZ in 2004 een onderzoek gestart naar het gebruik van bloedproducten in ziekenhuizen. Daaraan gekoppeld wil VWS in 2005 een onderzoek uitzetten naar de doelmatigheid van maatregelen die worden gebruikt om bloedgebruik te reduceren (€ 0,1 miljoen). Dit is een belangwekkend onderzoek, omdat deze studie de wetenschappelijke onderbouwing kan leveren dat forse besparingen kunnen worden gerealiseerd door alternatieven te gebruiken voor bloedtransfusies. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van ervaringen in de St. Maartenskliniek in Nijmegen, die voorop loopt in het optimaal gebruiken van bloedproducten.

23.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**21 349**	**18 643**	**22 496**	**21 633**	**21 779**	**23 617**	**24 684**
Uitgaven	**21 024**	**20 382**	**23 199**	**21 970**	**21 918**	**21 919**	**21 937**
Programma-uitgaven	**17 989**	**17 390**	**20 325**	**19 177**	**19 082**	**19 083**	**19 101**
Geneesmiddelen	7 833	7 025	8 447	7 893	7 826	7 826	7 826
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*1 094*	*704*	*678*	*641*	*641*	*641*	*641*
Medische technologie en transplantaten	10 156	10 365	11 878	11 284	11 256	11 257	11 275
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*3 361*	*3 401*	*3 315*	*3 199*	*3 199*	*3 199*	*3 199*
Apparaatsuitgaven	**3 035**	**2 992**	**2 874**	**2 793**	**2 836**	**2 836**	**2 836**
Ontvangsten	**1 830**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		23 199		21 970		21 918		21 919		21 937
2	Waarvan apparaatsuitgaven		2 874		2 793		2 836		2 836		2 836
3	Programma uitgaven		20 325		19 177		19 082		19 083		19 101
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	78%	15 945	61%	11 688	33%	6 311	32%	6 066	32%	6 066
5	Bestuurlijk gebonden	5%	919	4%	774	4%	749	3%	649	3%	649
6	Beleidsmatig gereserveerd	17%	3 461	30%	5 737	60%	11 434	62%	11 779	62%	11 780
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	5%	978	3%	588	3%	589	3%	606
8	Totaal	100%	20 325	100%	19 177	100%	19 082	100%	19 083	100%	19 101

Het juridisch verplichte deel betreft instellingssubsidies, meerjarige projectsubsidies en de bijdrage aan het agentschap CIBG voor Farmatec en het Donorregister. Het bestuurlijk gebonden deel betreft uitgaven op grond van internationale verdragen. Het gaat hier met name om de uitvoering van Europese regelgeving. Het beleidsmatig gereserveerde deel betreft overwegend uitgaven die nodig zijn voor het lange termijn geneesmiddelenbeleid, orgaandonatie en beleid rond medische biotechnologie.

Premie-uitgaven						
Bedragen x € 1 000 000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Farmaceutische hulp	4 115,8	4 449,6	4 875,4	5 315,2	5 315,2	5 315,2
Subsidies	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4
Totaal 2005	4 129,2	4 463,0	4 888,8	5 328,6	5 328,6	5 328,6
Procentuele mutatie		8,1	9,5	9,0		

In de tabel hiervoor zijn de beschikbare bedragen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van geneesmiddelen en medische technologie. In deze beschikbare bedragen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1e suppletore wet 2004 en de Miljoenennota 2005 verwerkt.
Voor 2004 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2005 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

23.4 Evaluatieprogrammering

Tabel 23.1 Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Een doelmatige zorg aan de burger waarborgen met kwalitatief hoogwaardige en veilige producten op het terrein van geneesmiddelen, medische (bio)technologie en transplantaten					
Operationele doelstelling 1 Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening bevorderen	X				
Operationele doelstelling 2 Beschikbaarheid, kwaliteit, veiligheid en doelmatig gebruik van transplantaten en van medisch technologische toepassingen bevorderen			X		

BELEIDSARTIKEL 24: GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

24.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een gezonde en veilige samenleving door preventie en behandeling van psychosociale en psychiatrische problemen

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- De financiering van de GGZ-cure overhevelen vanuit de AWBZ naar de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 (24.2.2).
- Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) ontwikkelen en implementeren voor de ggz (24.2.2).
- Heroïnebehandeling: het aantal behandelplaatsen uitbreiden van 300 naar 1000 (24.2.3).
- De mogelijke risico's van een hoog gehalte aan tetrahydrocannabinol (thc-gehalte) in cannabis terugdringen (24.2.1).
- De advies- en steunstructuur huiselijk geweld versterken (24.2.4).
- De kwaliteit van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang verbeteren via een vierjarig kennisprogramma (24.2.4).

Deze maatregelen worden in dit beleidsartikel toegelicht.

Samen met anderen (onder andere gemeenten, veldpartijen) maken we beleid om een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod te realiseren van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg. Ook coördineren wij het Nederlands drugsbeleid, dat erop gericht is drugsgebruik te voorkomen en gezondheidsrisico's als gevolg van dit gebruik te verminderen. Voor de beleidsontwikkeling in de sector geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang is de aangekondigde Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) eveneens van belang. De ontwikkelingen op het gebied van de WMO worden beschreven in artikel 34 (Lokaal beleid).

24.2 Operationele beleidsdoelstellingen

24.2.1 Drugsgebruik voorkomen en gezondheidsrisico's beperken

Beleidseffecten
Speerpunten:
- De mogelijke risico's van een hoog tetrahydrocannabinol-gehalte (thc-gehalte) in cannabis terugdringen.
- Drugsgebruik in het algemeen en cannabis- en (xtc-gebruik) in het bijzonder ontmoedigen en de risico's ervan beperken.
- Internationale samenwerking versterken en ervaringen uitwisselen op het gebied van onderzoek, monitoring, preventie, voorlichting en behandeling, waarbij de nadruk ligt op Frankrijk.
- Pro-actief informatie verstrekken aan andere landen over het Nederlandse drugsbeleid, om meer begrip te kweken voor een evidence based benadering.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn er direct verantwoordelijk voor om het drugsbeleid te coördineren en daarmee de samenhang en consistentie te bevorderen in de inspanningen van de verschillende departementen. Wij zijn indirect verantwoorde-

lijk voor de landelijke aspecten van het preventiebeleid. Gemeenten en instellingen voor verslavingszorg dragen de primaire verantwoording om het preventiebeleid uit te voeren. Verder zijn we, mede gelet op internationale verplichtingen, ervoor verantwoordelijk dat beleid, middelengebruik en hulpverlening landelijk worden gemonitord.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten
Het drugsgebruik stabiliseert en daalt bij bepaalde groepen. Het is onze inzet om deze positieve ontwikkeling in 2005 te continueren. Voor de beperking van de risico's van drugsgebruik streven we ernaar de sterke daling in de afgelopen jaren van het aantal gezondheidsincidenten als gevolg van xtc-gebruik op dansfeesten voort te zetten.

Subsidies
Cannabisgebruik ontmoedigen we door preventie en behandeling te intensiveren. De jaarlijkse massamediale campagne zal tot en met 2006 primair gericht zijn op cannabis. De preventieactiviteiten gericht op risicogroepen breiden we uit:
- Voor scholieren in het vmbo met het project High.
- Voor uitgaanders met het project Uitgaan en Drugs.
- Voor coffeeshopbezoekers door voorlichting een meer verplichtend karakter te geven.

Daarbij streven we ernaar, de behandeling van cannabisverslaving meer evidence based te maken. Hiertoe werken we op onderzoeksgebied nauw samen met andere Europese landen. Een volledig overzicht van de activiteiten op het gebied van onderzoek, voorlichting en preventie is opgenomen in de Cannabisbrief (TK 2003–2004, 24 077, nr. 125).

De preventie van xtc-gebruik wordt in 2005 gecontinueerd. De activiteiten zijn vooral gericht op risicogroepen zoals leerlingen in het vmbo en uitgaanders. Onder deze activiteiten vallen interactieve voorlichting via het internet, speciaal op xtc gerichte projecten op vmbo-scholen, en drugspreventie in het jongerenwerk en de residentiële jeugdhulpverlening.

Onderzoek
Om de mogelijke risico's van een hoog thc-gehalte in cannabis terug te dringen, start in 2004 een tweejarig onderzoek naar de vraag of cannabis met een hoog thc-gehalte extra risico's voor de gezondheid met zich meebrengt. Het onderzoek wordt in 2005 afgerond.

Internationale samenwerking
Om de internationale samenwerking te versterken en om pro-actief informatie te verstrekken over het Nederlandse drugsbeleid, nemen we deel aan internationale overlegorganen, zoals de Raad van Europa en de VN. Verder investeren we in bilaterale samenwerking met de belangrijkste Europese en andere internationale partners. Tot slot zijn de volgende instrumenten belangrijk om de doelstellingen op internationaal terrein te verwezenlijken: bezoeken voor buitenlandse delegaties organiseren, informatiebronnen verzorgen en veldorganisaties ondersteunen als deze voorlichting geven.

24.2.2 Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van geestelijke gezondheidszorg, dat aansluit op de zorgvraag

Beleidseffecten
We willen een omslag van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte ggz realiseren. Speerpunten zijn:
- De financiering van de op genezing gerichte ggz overhevelen vanuit de AWBZ naar de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006.
- Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) ontwikkelen en implementeren voor de ggz.
- De zorgketen (in het bijzonder de eerste lijn) versterken, met als doel de juiste hulp tijdig te verstrekken, zodat mensen niet onnodig in de gespecialiseerde ggz terechtkomen of verstoken blijven van hulp.
- De zorg voor en behandeling van jeugdige psychiatrische patiënten en forensische patiënten verbeteren.
- Bewezen evidence based care en best practices doelmatig invoeren.
- Zorggegevenssets en registraties ggz harmoniseren, aanvullen en verbeteren om te komen tot een informatievoorziening die past bij een vraaggericht zorgstelsel.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn indirect verantwoordelijk voor het aanbod van de ggz. De veldpartijen voeren de activiteiten op het gebied van zorg uit. Bij de overheveling van op genezing gerichte ggz zijn we ervoor verantwoordelijk dat de over te hevelen zorgdelen worden afgebakend. Daartoe bewaken we het wettelijke traject en brengen de financiële gevolgen in kaart. De voorbereiding voor het werken in het tweede compartiment ligt bij de veldpartijen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Om de overheveling van de financiering van op genezing gerichte ggz uit de AWBZ naar de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 te realiseren, zetten we in 2005 € 2,25 miljoen in voor communicatie, voor de implementatie bij aanbieders en voor de bouw van een vereveningsmodel. Op dit moment bezien we op elke wijze de forensische geestelijke gezondheidszorg gefinancierd zal worden na invoering van de zorgverzekeringswet. Wel is helder dat deze niet overgeheveld zal worden naar de zorgverzekeringswet.

Tot en met 2005 faciliteren we de ontwikkeling en implementatie van de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) in de ggz. In 2004 is de tweede koplopergroep, bestaande uit 27 ggz-instellingen en 24 vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, gestart dbc's te registreren. Per 1 juli 2005 zullen alle ggz-aanbieders dbc's registreren. In 2005 zetten we € 12,1 miljoen in om de productstructuur en de registratie-, validatie- en declaratiesystemen te ontwikkelen, om een TTP (trusted third party) te ontwikkelen, de dbc-ontwikkeling in de ggz te monitoren, stimuleringssubsidies te bieden voor alle zorgaanbieders en om het onderhoudsorgaan voor ggz dbc's voor te bereiden.

Om te bevorderen dat de juiste hulp in de eerste lijn tijdig wordt verstrekt, zetten we in 2005 € 1,4 miljoen in. Deze middelen worden aangewend om de Diabolo-projecten, het project Korte Lijnen en deskundigheidsprojecten

in de eerste lijn voort te zetten en af te ronden. Deze projecten bevatten innovatieve samenwerkingstrajecten en vormen van «good practice» binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn. Daarnaast wordt de ggz-deskundigheid en de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn verbeterd. In 2005 werken we eraan de eerstelijns-ggz verder te integreren in de algemene eerstelijnsgezondheidszorg. De eerstelijns-ggz zal deel uitmaken van het programma Versterking Eerstelijnszorg, dat in paragraaf 22.2.1 beschreven is.

Om te komen tot een informatievoorziening die past bij een vraaggericht zorgstelsel subsidiëren we voor € 0,35 miljoen de drie wetenschappelijke psychiatrische casusregisters (PCR). Deze leveren een kwantitatief beeld van de continuïteit in de ggz-ketenzorg op cliëntniveau. Met convenanten bewerkstelligen we dat er informatie beschikbaar komt die de keuze voor de ggz-consument ondersteunt. Tot slot werken we er aan minimale zorggegevenssets vast te stellen en prestatie- en kwaliteitsgegevens te genereren om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen geleverde prestaties en bestede middelen in het nieuwe zorgstelsel. Hiervoor is € 0,45 miljoen beschikbaar.

Kennis
Als onderdeel van het kennisbeleid start een programma Kennisinfrastructuur voor Zorg aan Mensen met Psychische Problemen, dat de totale ziekteketen en de integrale populatie van mensen met psychische problemen omvat. Resultaten over de totstandkoming van kennisproducten, over het gebruik ervan en de uitkomsten voor patiënten en burgers (gezondheid, functioneren en tevredenheid) zijn daarbij de uitgangspunten.
Het landelijk kennisinstituut, het Trimbos-instituut, de richtlijnontwikkeling en landelijke specifieke kenniscentra zoals voor eetstoornissen, kinder- en jeugdpsychiatrie, interculturele ggz, forensische psychiatrie, ouderenpsychiatrie en verslaving vormen de kern van het programma.
In volgorde van afronding komen er multidisciplinaire richtlijnen voor: angststoornissen (gereed), depressie (2004), eetstoornissen (gereed eind 2004), ADHD (gereed eind 2004), schizofrenie (gereed 2005) en drugsproblemen (gereed half 2006). Verder staan er multidisciplinaire richtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen, alcoholverslaving, en voor antisociaal gedrag en forensische psychiatrie op het programma.

Kwaliteit
Het kwaliteitsbeleid richt zich erop het deelprogramma Ggz en Verslavingszorg van het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid (LAK) in te vullen en uit te voeren. Om de kwaliteit en innovatie van de geboden zorg daadwerkelijk te verbeteren, worden de resultaten van het kennisbeleid gebruikt. Voor het verbeterprogramma is € 1,4 miljoen beschikbaar.

Premiegerelateerde instrumenten

Subsidies
Om de zorgketen te versterken is het nodig dat hulpverleners in de eerstelijns-ggz deskundiger worden gemaakt over ggz-problematiek. Dit wordt de Consultatieregeling genoemd. Via subsidies regelen we dat tweedelijnshulpverleners vanuit de gespecialiseerde ggz adviezen (consultaties) kunnen geven aan hulpverleners in de eerste lijn. Voor deze Consultatieregeling is € 5,45 miljoen beschikbaar.

Wetgeving
In de AWBZ, waarvan de ggz deel uitmaakt (ggz-cure tot 1 januari 2006), worden cliënten voor zorg ge(her)indiceerd op basis van functionele aanspraken. Deze zorg wordt vervolgens in natura geleverd door zorgaanbieders of ingekocht door de cliënt zelf met een persoonsgebonden budget (pgb). Ook wordt zorg geboden via een aantal subsidieregelingen die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uitvoert. Het AWBZ-brede Zorgregistratiesysteem (AZR) maakt de ontwikkelingen in de productie en wachttijden zichtbaar (zie voor meer informatie over de AZR beleidsartikel 25.2.2).

24.2.3 Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg, dat aansluit op de zorgvraag

Beleidseffecten
Doel is een goed zorgaanbod voor verslaafden, dat erop gericht is dat ze duurzaam en vrijwillig afzien van middelengebruik. Waar onthouding niet mogelijk is, richt de zorg zich erop de gezondheidsrisico's te stabiliseren en te beperken. Daarbij hoort een goede medische zorg met eventuele vervangende medicatie. Speerpunten zijn:

- Heroïnebehandeling: de lichamelijke en geestelijke gezondheid en het sociaal functioneren van de deelnemers aan de behandeling verbeteren. Voorbeelden van verbetering van het sociaal functioneren zijn dat het criminele gedrag fors afneemt en dat overlast op straat, veroorzaakt door de verslaving, wordt teruggedrongen. Het aantal behandelplaatsen mag worden uitgebreid van 300 naar 1000. Dit betekent ook een groter effect op de gezondheid van deze groep verslaafden en op de afname van criminaliteit en overlast.
- Alcoholzorg: de drempel naar hulpverlening verlagen, zodat probleemdrinkers eerder worden bereikt, en vooral het ambulante hulpverleningsaanbod uitbreiden. Het streven is om 1850 extra (nieuwe) cliënten te helpen. Er moeten niet alleen meer cliënten bereikt worden, maar er moeten ook betere methoden gevonden worden om probleemdrinkers eerder te bereiken. Daartoe zijn 80 projecten opgezet. Deze projecten zullen in 2005 een structureel onderdeel worden van de laagdrempelige alcoholzorg.
- Het aanbod van voorzieningen voor verslaafden met psychiatrische problemen spreiden. Veel verslaafden hebben naast hun verslaving psychiatrische problemen. Doel is een landelijk gespreid aanbod van voorzieningen te hebben voor deze groep met een dubbele diagnose.
- Als medicatie wordt voorgeschreven die onder de Opiumwet valt, deze landelijk centraal registreren om de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de zorg te bewaken.
- Bewezen evidence based care en best practices doelmatig invoeren.
- De zorggegevenssets en registraties in de verslavingszorg harmoniseren, aanvullen en verbeteren, met het doel de informatievoorziening te laten passen bij een vraaggericht zorgstelsel.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn er indirect voor verantwoordelijk de financiële en wettelijke kaders goed in te vullen, vernieuwing te stimuleren en de samenwerking tussen betrokken organisaties te bevorderen. Het veld is ervoor verantwoordelijk de verslavingszorg uit te voeren.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
In 2005 wordt de behandeling met heroïne in de bestaande 6 units (300 plaatsen) voortgezet. Het onderzoek naar de rol van psychosociale zorg als onderdeel van heroïnebehandeling wordt in 2005 afgerond. De kosten van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) bedragen in 2005 € 1,8 miljoen (dit zijn de kosten voor het onderzoek en de heroïne). De CCBH rapporteert in haar cohortstudie over de effecten van de behandeling op het terrein van gezondheid, sociaal functioneren en afname van crimineel gedrag. De behandeling met heroïne mag onder de voorwaarden van de commissie-Paas worden uitgebreid tot 1000 plaatsen. Daarbij moeten alle criteria en protocollen van de CCBH worden gevolgd. Nieuwe behandeleenheden financieren de betrokken steden zelf. Op basis van convenanten betalen wij aan de G4, Groningen en Heerlen jaarlijks € 5 miljoen voor de behandeling met heroïne. Daarnaast stelt BZK voor de periode 2005 tot en met 2007 jaarlijks € 1 miljoen ter beschikking als bijdrage in de kosten die steden maken voor nieuwe behandeleenheden.

In 2005 werken we eraan de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR) verder uit te rollen. Hiervoor is in 2005 € 0,45 miljoen beschikbaar. Het LCMR is een ketenzorginformatiesysteem voor zorgcontinuïteit, kwaliteit en veiligheid in de behandeling van verslaafden met medicatie die onder de Opiumwet valt. De planning is erop gericht in 2005 te realiseren dat alle ambulante en klinische instellingen voor verslavingszorg, de medische diensten van justitiële inrichtingen en GG&GD'en aan dit systeem deelnemen. Als in 2005 zou blijken dat de deelname aan de LCMR onvoldoende is om een landelijk sluitend systeem te realiseren, zullen we een wetgevingstraject starten om deelname te verplichten.
Wat het kennis- en kwaliteitsbeleid betreft, worden de programma's (Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, LAK, Prestatie- en Kwaliteitsindicatoren) gecombineerd of zelfs geïntegreerd met de ggz waar dat zinvol is (zie paragraaf 24.2.2).

In het streven naar een verbeterde informatievoorziening die past bij een vraaggericht zorgstelsel, subsidiëren we in 2005 de volgende activiteiten:
- Het Trimbos-instituut ontvangt onder andere subsidie voor het national focal point in verband met de EU-verplichting gegevens te leveren over drugs en drugsverslaving (Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving).
- Resultaten Scoren (€ 0,75 miljoen). De opbrengsten van dit project zijn: richtlijnen voor opiaatvervangende behandeling, een protocol behandeling van dubbele diagnose en een behandelprogramma alcoholverslaving via internet. Daarnaast wordt via dit project de implementatie (inclusief training medewerkers) gefinancierd van de protocollen die al ontwikkeld zijn voor onder andere kortdurende ambulante behandeling, ADHD en verslaving, preventie en behandeling met naltrexon.
- De stichting IVZ (Informatievoorziening Zorg) ontvangt subsidie voor LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem), een systeem dat beleidskennis en -informatie oplevert over de hele verslavingszorg (€ 0,45 miljoen).

Premiegerelateerde instrumenten

Subsidies
Alcoholzorg: de kosten om de drempel naar de hulpverlening te verlagen, zijn € 7,7 miljoen per jaar. In het voorjaar van 2005 zullen we de laatste rapportage over de inzet van de extra middelen in 2004 aan de Kamer sturen. De succesvolle projecten voor laagdrempelige alcoholzorg zullen daarna een structureel onderdeel worden van de verslavingszorg. De € 7,7 miljoen zijn structurele AWBZ-middelen.

Wet- en regelgeving
Om het aanbod van WZV-voorzieningen voor verslaafden met psychiatrische problemen te spreiden, bereiden in een aantal regio's ggz- en verslavingszorginstellingen gezamenlijk de opzet voor van een afdeling voor dubbele diagnosepatiënten. Naar verwachting zullen zij in 2005 of 2006 over een vergunning beschikken.

24.2.4 Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, dat aansluit op de zorgvraag

Beleidseffecten
- De beschikbare capaciteit van de maatschappelijke opvang uitbreiden door de gemiddelde verblijfsduur te laten dalen. Uit het IBO-rapport Maatschappelijke opvang (TK 2003–2004, 29 325, nr. 1) blijkt dat de voorzieningen in de maatschappelijke opvang (inclusief vrouwenopvang) «verstopt» zijn geraakt. Deze verstopping in de maatschappelijke opvang wordt vooral veroorzaakt, doordat cliënten met permanente begeleiding niet in andere voorzieningen of huisvesting terechtkunnen.
- De beschikbare capaciteit voor vrouwenopvang uitbreiden met 100 extra opvangplaatsen in 2005 tot in totaal 200 plaatsen in 2007.
- De kwaliteit en effectiviteit van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang versterken. De maatschappelijke opvang moet behalve kwantitatief (uitbreiding capaciteit) ook kwalitatief versterkt worden om de gewenste effecten te bereiken.
- De preventie, hulp en opvang verbeteren in geval van huiselijk en seksueel geweld.

Aard van de verantwoordelijkheid
VWS is direct verantwoordelijk voor de toekenning van de specifieke uitkeringen maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid en vrouwenopvang. We stellen centrumgemeenten daardoor in staat een gepast en uiteenlopend voorzieningenniveau te realiseren. We stimuleren nieuw beleid en vernieuwing. Centrumgemeenten moeten een beleidsvisie voor de gehele regio ontwikkelen. Wij vragen hen sectoren zoals de ggz en volkshuisvesting, die dicht tegen de maatschappelijke opvang aan zitten, ook aan te spreken op hun verantwoordelijkheden. Daarnaast zijn we betrokken bij de uitvoering van de kabinetsnota Privé Geweld – Publieke Zaak, over de aanpak van huiselijk geweld.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Doeluitkeringen
De gemiddelde verblijfsduur in de residentiële dak- en thuislozenopvang is in de periode 2000–2001 gestegen van 278 naar 480 dagen. Om de doorstroom in de maatschappelijke opvang te bevorderen, heeft het kabinet het budget van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid verhoogd, een verhoging die oploopt tot € 4 miljoen extra in 2007. Om de gewenste daling van de gemiddelde verblijfsduur te realiseren, maakt het kabinet afspraken in het kader van het grotestedenbeleid (gsb). Gedurende de gsb-III-periode (2005–2009) is het streven de gemiddelde verblijfsduur met 25% te laten dalen.
Dezelfde aanpak volgen we om de capaciteit van de vrouwenopvang met 200 plaatsen te verhogen. Ook hierover zijn afspraken gemaakt met de grote steden. Hiervoor heeft het kabinet het budget van de specifieke uitkering vrouwenopvang verhoogd, oplopend tot € 4 miljoen extra in 2007 (€ 2 miljoen in 2005).
Het kabinet heeft ook extra middelen (oplopend tot € 3 miljoen in 2007) uitgetrokken om de advies- en steunstructuur huiselijk geweld te versterken. In juli 2004 is een «Tijdelijke stimuleringsregeling advies- en steunpunten huiselijk geweld 2004–2007» op basis van de Welzijnswet van kracht geworden. De 35 centrumgemeenten vrouwenopvang komen in aanmerking voor een tijdelijke stimuleringssubsidie voor een steunpunt huiselijk geweld, als zij eveneens bijdragen aan de steunstructuur. Het doel hiervan is dat er vóór 2008 een landelijk dekkend netwerk van advies- en steunpunten huiselijk geweld is.

Subsidies
De landelijke projectmiddelen (oplopend tot € 1 miljoen in 2007) die voor de uitvoering van het kabinetsstandpunt over de maatschappelijke opvang beschikbaar zijn, zetten we in om de instroom in de vrouwenopvang te verbeteren, en voor een kennisprogramma maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.
Vóór 1 oktober 2004 heeft de Federatie Opvang (FO) een plan van aanpak gereed om de komende jaren de instroom in de vrouwenopvang programmatisch te verbeteren, waaronder pilots Safe Houses (particuliere adressen die als «safe house» worden gebruikt voor bijvoorbeeld slachtoffers van eerwraak en vrouwenhandel).
Het Trimbos-instituut doet in opdracht van VWS onderzoek naar de vraag en het aanbod in de vrouwenopvang. Dit onderzoek wordt in 2005 afgerond. De FO inventariseert daarnaast de aanwezige hulpverleningsmodules. Op basis van de uitkomsten van beide activiteiten voeren we vervolgens een programma uit om vraag en aanbod in de vrouwenopvang beter op elkaar af te stemmen. We ondersteunen tot 2008 dat de opzet van advies- en steunpunten huiselijk geweld wordt ondersteund en gemonitord, en dat methodieken gericht op preventie en hulp bij huiselijk geweld worden geïntroduceerd en verspreid.

Onderzoek en overleg
De jaarlijkse Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) realiseert de voornemens voor informatievoorziening uit het Kabinetsstandpunt op het IBO-rapport Maatschappelijke opvang. In 2005 wordt het Jaarbericht MMO gepubliceerd en de deelrapportage over gemeentelijk beleid. In 2005 wordt een wettelijke registratieregeling ingevoerd. Hiermee nemen geleidelijk zoveel instellingen in de maatschappelijke en vrouwenopvang

aan deze registratie deel, dat deze landelijk dekkend wordt. In 2005 willen we met de veldpartijen komen tot een gedeeld referentiekader. Daarmee ontstaat «eenheid van taal», de basis voor een betrouwbare en eenduidige informatievoorziening over onder meer aantallen personen, type voorzieningen, personeel en kwaliteit.

Om de kwaliteit van de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang te verbeteren, start in 2005 een vierjarig kennisprogramma, om meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de maatschappelijke opvang (inclusief de vrouwenopvang). Dit programma bestaat uit:
- Toegepast (praktijk) en wetenschappelijk onderzoek.
- Stimuleringsprogramma's richtlijnen en hulpverleningsprogramma's.
- Kenniscentra gekoppeld aan instellingen voor maatschappelijke opvang.

Als we dit programma vaststellen, betrekken we daarbij ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Federatie Opvang (FO).

24.2.5 Een kwalitatief goed en toegankelijk zorgaanbod dat aansluit op de zorgvraag van specifieke doelgroepen en samenleving

Beleidseffecten
Doel is de achterstand in de gezondheid tegen te gaan van mensen die in een kwetsbare positie verkeren. Onze speerpunten zijn:
- Zorg aan mensen aan de rand van de samenleving verbeteren, zodat de kwaliteit van hun leven versterkt wordt en verloedering en overlast worden aangepakt.
- Zorg bieden aan onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten, met inachtneming van de rechten van de patiënt.
- De betrokken (zorg)partijen stimuleren hun verantwoordelijkheid te nemen om de zorg toe te spitsen op allochtone zorgvragers.
- De categorale eerstelijnsseksualiteitshulpverlening verbeteren, mede met het oog op intensivering van de preventie van ongewenste zwangerschap.
- Vrouwelijke genitale verminking bestrijden.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn indirect verantwoordelijk voor een kwalitatief goed en toegankelijk zorgaanbod dat aansluit op de zorgvraag van specifieke doelgroepen in de samenleving. Dat houdt in dat we randvoorwaarden creëren (wettelijke kaders en financiële ondersteuning), innovatie stimuleren en samenwerking op landelijk niveau tussen betrokken (koepel)organisaties bevorderen. Dat laatste is nodig om betrokken partijen op lokaal/regionaal niveau in staat te stellen afspraken te maken over een sluitende maatschappelijke aanpak voor mensen in een sociaal kwetsbare positie. Diverse partijen zoals gemeenten, de zorg-, de hulpverlenings- en de onderwijssector zijn er gezamenlijk verantwoordelijk voor om dit sluitende systeem te organiseren en uit te voeren.
Samen met de minister van Justitie zijn we verantwoordelijk voor het effect van de wet- en regelgeving (direct verantwoordelijk) rondom de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ).
Voor het bestrijden van vrouwelijke genitale verminking delen we onze verantwoordelijkheid met diverse andere departementen (Justitie, OCW, V&I, BuZa, BZK en SZW). Wij zijn verantwoordelijk voor de interdepartementale coördinatie.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
De Wet BOPZ is erop gericht zorg te bieden aan onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten, met inachtneming van de rechten van de patiënt. Het kabinet wil bereiken dat deze wet in de praktijk beter wordt nageleefd door heldere richtlijnen te maken en door de voorlichting aan alle betrokkenen te intensiveren. Voor bepaalde groepen mensen lijkt de wet echter onvoldoende mogelijkheden te bieden om te helpen. In antwoord daarop laat het kabinet onderzoeken hoe de mogelijkheden om dwangbehandeling toe te passen na een gedwongen opname kunnen worden verruimd. Daarna zal worden bezien of er reden is om de Wet BOPZ verder te wijzigen of een ander wettelijk kader te scheppen, dat specifiek op behandeling is gericht.
De voorgestelde aanpassingen van de Wet BOPZ kunnen er ook een bijdrage aan leveren dat de brede maatschappelijke problematiek wordt teruggedrongen van verloedering en overlast door een specifieke groep mensen voor wie zichtbaar maatschappelijke teloorgang dreigt. Het kabinet realiseert zich echter dat andere middelen nodig zijn om deze problematiek fundamenteel aan te pakken. Het kabinet zal daarom een «Plan van aanpak verloedering en overlast» naar de Kamer sturen waarin het, in aanvulling op het bovenstaande, concrete maatregelen voorstelt om gerichte zorg aan deze mensen te bieden. Voor de richtlijnontwikkeling, de voorlichting en het onderzoek naar mogelijke verruiming van de toepassing van dwangbehandeling is in totaal € 0,16 miljoen beschikbaar.

Subsidies
Als het erom gaat de positie van allochtone zorgvragers in de zorg te verbeteren, ligt het accent van het beleid op de eigen verantwoordelijkheid van veldpartijen voor de (verbetering van de) zorg aan allochtonen. Onze rol is stimulerend en voorwaardenscheppend. Daarbij staan de uitvoering van de beleidsbrief «Allochtonen in de gezondheidszorg» (16 maart 2004, Kamerstuk 2003–2004, 29 484, nr. 1) en de kabinetsreactie («Interdepartementaal beleidsonderzoek: tolken en vertalers: aanbevelingen voor een kwalitatief goed en financieel beheersbaar stelsel» (12 maart 2004, Kamerstuk 2003–2004, 29 482, nr. 1) centraal.
Om zorgpartijen te ondersteunen de zorg voor allochtonen te verbeteren, investeren we in een programma om kennis over allochtonen en hun zorgvraag uit te wisselen. Daarnaast wordt de gezondheidstoestand van en het zorg- en geneesmiddelengebruik door allochtonen periodiek gemonitord. Hiervoor stellen we tot 2008 € 0,15 miljoen per jaar beschikbaar.
De tolkdiensten in de gezondheidszorg worden van Justitie naar VWS overgeheveld. Daarvoor wordt van de begroting van Justitie € 8,5 miljoen naar VWS overgeboekt. Deze middelen zetten we via een aanbesteding in.

In 2005 zetten we er op in de medische en seksuologische eerstelijnshulpverlening verder te versterken. Een van de speerpunten is de samenwerking te bevorderen met de soa- en abortushulpverlening, om een meer geïntegreerde seksuele en reproductieve eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen. In 2005 zullen pilots van start gaan. Verder is er in 2005 extra inzet op de preventie van ongewenste zwangerschappen, waarvoor € 0,25 miljoen beschikbaar is. Daarmee investeren we in voorlichting, onder andere op scholen en op lokaal niveau. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek naar de achtergronden van tiener-

zwangerschappen (eind 2004 gereed), bezien we welke aanvullende preventieve maatregelen verder nodig zijn.
Eind 2005 zal het College voor zorgverzekeringen de organisatie, structuur en financiering van de medische en seksuologische eerstelijns-hulpverlening evalueren en aanbevelingen doen voor de toekomst.

Een bijzondere commissie bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) brengt eind 2004 advies uit over mogelijkheden om vrouwelijke genitale verminking effectief te voorkómen en op te sporen, en de bestrijding ervan te handhaven. Ook adviseert de raad over een controle-systeem. Tevens wordt eind 2004 een onderzoek afgerond naar de omvang van de problematiek in Nederland. Op basis van het advies van het RVZ en het onderzoek zal worden bepaald welke activiteiten vanaf 2005 worden uitgevoerd om vrouwelijke genitale verminking te bestrijden. In ieder geval wordt extra actie ondernomen op de terreinen van preventie, deskundigheidsbevordering, onderzoek en monitoring. Hiervoor is € 0,31 miljoen beschikbaar.

24.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**291 915**	**301 050**	**314 678**	**302 805**	**304 582**	**304 539**	**304 537**
Uitgaven	**304 691**	**305 086**	**317 867**	**303 413**	**304 688**	**304 539**	**304 537**
Programma-uitgaven	**301 417**	**301 883**	**314 926**	**300 532**	**301 807**	**301 658**	**301 656**
Drugsgebruik	4 348	7 494	5 899	5 147	4 396	4 365	4 394
Geestelijke gezondheidszorg	32 316	22 246	31 503	15 908	15 581	15 480	15 480
Verslavingszorg	16 434	14 563	12 220	10 865	10 865	10 865	10 865
Maatschappelijke en vrouwenopvang	228 586	236 007	238 838	242 322	244 753	244 753	244 753
Waarvan specifieke uitkeringen	*228 310*	*235 029*	*237 464*	*241 113*	*243 544*	*243 544*	*243 544*
Specifieke doelgroepen en samenleving	19 733	21 573	26 466	26 290	26 212	26 195	26 164
Apparaatsuitgaven	**3 274**	**3 203**	**2 941**	**2 881**	**2 881**	**2 881**	**2 881**
Ontvangsten	**2 090**	**1 588**	**1 361**	**1 361**	**1 361**	**1 361**	**1 361**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		317 867		303 413		304 688		304 539	304 537
2	Waarvan apparaatsuitgaven		2 941		2 881		2 881		2 881	2 881
3	Programma uitgaven		314 926		300 532		301 807		301 658	301 656
	Waarvan op 1 januari 2005									
4	Juridisch verplicht	80%	252 850	83%	249 132	82%	248 152	82%	248 005	82% 248 005
5	Bestuurlijk gebonden	17%	52 727	14%	41 253	15%	43 513	15%	43 513	15% 43 513
6	Beleidsmatig gereserveerd	3%	9 349	3%	10 147	3%	10 142	3%	10 140	3% 10 138
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0% 0
8	Totaal	100%	314 926	100%	300 532	100%	301 807	100%	301 658	100% 301 656

Onder juridisch verplicht is de specifieke uitkering maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid en vrouwenopvang opgenomen, alsmede de structurele subsidies en de meerjarige projecten. Onder bestuurlijk

gebonden zijn ondermeer de uitgaven voor de DBC's, de indicatiestelling, de heroïneverstrekking, huiselijk geweld, het illegalenFonds en het tolk- en vertaalcentrum opgenomen.

Premie-uitgaven						
Bedragen x € 1 000 000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
GGZ	3 196,0	3 190,7	3 236,1	3 289,0	3 310,2	3 321,9
Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen (PAAZ)	149,6	149,6	149,6	149,6	149,6	149,6
Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	69,0	69,0	71,8	71,8	71,8	71,8
Tbs-instellingen	140,7	140,7	140,7	140,7	140,7	140,7
Subsidieregelingen ggz	31,7	31,7	31,7	31,7	31,7	31,7
Totaal 2005	3 587,0	3 581,7	3 629,9	3 682,8	3 704,0	3 715,7
Procentuele mutatie		– 0,2	1,4	1,5	0,6	0,3

In de tabel hierboven zijn de beschikbare bedragen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.
In deze beschikbare bedragen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1e suppletore wet 2004 en de Miljoenennota 2005 verwerkt. De beschikbare bedragen voor productiegroei vanaf 2005 in de geestelijke gezondheidszorg zijn vanaf 2005 niet op dit beleidsartikel opgenomen, maar maken deel uit van de bedragen die voor productiegroei in de AWBZ beschikbaar zijn. Deze zijn weergegeven op het beleidsartikel 25 (AWBZ-brede zorg).
Voor 2004 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2005 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

24.4 Evaluatieprogrammering

Tabel 24.1: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Een gezonde en veilige samenleving door preventie en behandeling van psychosociale en psychiatrische problemen van mensen					
Operationele doelstelling 1 Drugsgebruik voorkomen en gezondheidsrisico's beperken				x	
Operationele doelstelling 2 Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van geestelijke gezondheidszorg dat aansluit op de zorgvraag			x		
Operationele doelstelling 3 Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg dat aansluit op de zorgvraag		x			
Operationele doelstelling 4 Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van maatschappelijke opvang en vrouwenopvang dat aansluit op de zorgvraag		x			
Operationele doelstelling 5 Een kwalitatief goed en toegankelijk zorgaanbod dat aanluit op de zorgvraag van specifieke doelgroepen en samenleving		x			

BELEIDSARTIKEL 25: AWBZ-BREDE ZORG

25.1 Algemene beleidsdoelstelling

De doelstelling van de modernisering van de AWBZ is het vergroten van de keuzemogelijkheden en zeggenschap van verzekerden en het leveren van een flexibel en doelmatig zorgaanbod op maat

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- Afspraken maken met brancheorganisaties voor doelmatige AWBZ en beheerste groei (25.1).
- Beleidsregels maken over werkwijze indicatieorganen en berichtenverkeer CIZ/ zorgkantoren (25.2.1).
- Functiegerichte bekostiging invoeren (25.2.4).
- Kwaliteitsbeleid ontwikkelen en uitvoeren in de AWBZ-brede zorgregistratie (25.2.4).

Deze maatregelen worden in dit beleidsartikel toegelicht.

De uitgaven in de AWBZ zijn de laatste jaren sterk gegroeid. De uitgaven zijn meer gestegen dan op basis van de demografische ontwikkeling (bevolkingsomvang en vergrijzing) en het aanpakken van de wachtlijsten te verwachten was. Er spelen dus meer factoren een rol. De AWBZ is een arbeidsintensieve sector en dat verklaart dat de uitgaven in de AWBZ jaarlijks een half procent hoger liggen dan de algemene prijsstijging. Tenslotte blijkt de AWBZ een aanzienlijke «latente vraag» te kennen van mensen die bij een lage drempel zorg en dienstverlening aanvragen waar zij dit in geval van een hoge drempel waarschijnlijk niet zouden doen. Indien de groei in de AWBZ-uitgaven zich voortzet zoals de laatste jaren, zou dit leiden tot extra uitgaven van ongeveer € 1 miljard per jaar geleidelijk oplopend tot ongeveer € 2,4 miljard per jaar in 2020. Dit is een jaarlijkse groei van ongeveer 5,5%. Deze groei zou tot gevolg hebben dat de AWBZ-premie oploopt van 13,3% in 2003, naar 18,2% in 2010 en 25,1% in 2020. Als alleen demografische factoren een rol zouden spelen dan zou de jaarlijkse groei ongeveer 1¼% zijn. Andere factoren hebben dus behoorlijke invloed.
Beheersing van AWBZ is dus nodig om te voorkomen dat de lasten die samenhangen met de AWBZ te hoog worden.

In 2004 hebben we maatregelen genomen om de uitgavengroei in de AWBZ te beheersen. Voor 2005 gaan we verder op dit pad. Dit doen we enerzijds door vast te houden aan een beheersing van de uitgaven. Tegelijkertijd bieden we ruimte om op de toenemende zorgvraag door demografische groei in te spelen en om specifieke knelpunten aan te pakken. We hebben afspraken gemaakt voor de periode tot en met 2007 met de verschillende organisaties van aanbieders in de zorg over beheersing van de uitgavengroei. Tevens hebben we afspraken gemaakt over doelmatigheidswinst in de sector, om zo extra ruimte voor productiegroei te creëren. Afgesproken is dat de aanbieders voor het zelfde geld jaarlijks 1,25% meer mensen in zorg zullen nemen. Daarnaast is afgesproken dat de zorgvraag bij de indicatiestelling kritischer beoordeeld wordt. Ook is afgesproken dat het aparte geld dat instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en voor gehandicaptenzorg nu krijgen voor zorgvernieuwing net als in de verpleeghuiszorg en de thuiszorg komt te vervallen. Wel wordt een bedrag van € 15 miljoen in 2005 oplopend tot

€ 45 miljoen in 2007 gereserveerd voor innovatie en zullen er middelen voor ICT investeringen worden gereserveerd. Ook zullen partijen zich gezamenlijk inspannen om tenminste € 60 miljoen administratieve lastenverlichting te realiseren.
Wij stellen daar tegenover dat, als de uitgaven van de AWBZ binnen het uitgavenkader blijven, geen nieuwe pakket- of generieke tariefsmaatregelen worden getroffen.

Het moderniseringsprogramma voor de AWBZ is door de Tweede Kamer als «groot project» aangewezen. Over dit programma rapporteren we dan ook twee keer per jaar aan de Kamer.
Sinds de functiegerichte aanspraken op 1 april 2003 zijn ingevoerd, is de verandering die met de modernisering werd beoogd, onomkeerbaar geworden, en richt alle energie zich op de implementatie ervan. Een omvangrijke veranderingsoperatie als deze wordt vanzelfsprekend stapsgewijs ingevoerd.
Belangrijke stappen in de modernisering van de AWBZ zijn:

- Voor het eind van 2004 is de evaluatie van het pgb nieuwe stijl afgerond.
- Op 1 januari 2005 start de functiegerichte bekostiging voor de extramurale zorg.

Op 23 april 2004 hebben wij in een brief aan de Tweede Kamer de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) aangekondigd (TK 2003–2004, 29 538, nr. 1). Zodra de WMO in werking treedt, is de functie huishoudelijke verzorging niet langer een aanspraak in de AWBZ. Voor mensen die niet zelf in deze functie kunnen voorzien, zal de WMO uitkomst bieden. Op langere termijn gaan ook (onderdelen van) de functies ondersteunende en activerende begeleiding naar de WMO.

Wij willen belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen doorzetten en tegelijkertijd een goed financieel beleid voeren, waarbij burgers een duidelijke eigen verantwoordelijkheid dragen. Deze samenhangende aanpak moet zorgen voor een bestendig, samenhangend en solidair stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Dit stelsel moet kansen bieden om burgers lokaal te ondersteunen. Dat is een enorme uitdaging: in de eerste plaats voor burgers zelf, maar ook voor het lokale bestuur, bijvoorbeeld om «schotten» in de voorzieningen voor burgers weg te halen. Deze aanpak geeft echter ook spanning, want het betekent ook dat er een groter beroep gedaan wordt op de eigen draagkracht van burgers en dat een aantal (onderdelen van) de verzekerde rechten verdwijnen.
De geloofwaardigheid van het stelsel is ermee gediend dat de overheid niet steeds opnieuw ingrijpende maatregelen moet nemen, omdat de uitgaven in het bestaande systeem niet langer opgebracht kunnen worden. Burgers hebben er recht op te weten wat ze van de overheid kunnen verwachten, ook als dat voor de toekomst minder is dan waarop ze hadden gehoopt. Wij kiezen daarom voor een drieslag:

a. Mensen die dat kunnen, moeten meer dan nu zelf oplossingen bedenken in de eigen sociale omgeving voor problemen die zich voordoen.
b. Gemeenten moeten zorgen voor een goed samenhangend stelsel van ondersteuning voor hun inwoners die niet goed in staat zijn in bepaalde situaties zelf of samen met anderen oplossingen te realiseren. Hiervoor wordt de Wet maatschappelijke ondersteuning ingevoerd.
c. Het Rijk zorgt voor een AWBZ die verzekert waarvoor ze bedoeld is:

zware chronische en continue zorg die grote financiële risico's voor individuen met zich meebrengt en die particulier niet te verzekeren is. Dat geldt in elk geval voor ernstig lichamelijk of verstandelijk gehandicapten, dementerende ouderen en chronisch psychiatrische patiënten.

Dit beleidsartikel zal in de toekomst steeds uitgebreider worden, net zolang tot het de totale ontschotte AWBZ-sector bevat. Uiteraard nemen we daarin ook de gevolgen van de WMO voor de AWBZ mee.

25.2 Operationele beleidsdoelstellingen

25.2.1 Het verbeteren van de kwaliteit van de indicatiestelling en de inrichting van een doelmatige organisatie

Beleidseffecten
De toegang tot de AWBZ als vraaggestuurde zorgverzekering verloopt via een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling. In 2005 wordt de kwaliteit van de indicatiestelling landelijk verder verbeterd. Dit gebeurt door individuele indicatieaanvragen gestandaardiseerd en geüniformeerd af te handelen via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ is officieel per 25 mei 2004 gestart de sterkere aansturing van de indicatiestelling op te zetten.
Dat de kwaliteit van de indicatiestelling wordt verbeterd, impliceert ook dat de AWBZ duidelijk wordt afgebakend ten opzichte van voorzieningen op het terrein van onder andere onderwijs, kinderopvang, arbeid, welzijn, vervoer en wonen. Het CIZ voorziet mede daarom in afstemming met lokale loketten en voorzieningen.
Het CIZ is ook bedoeld om de indicatiestelling doelmatiger te organiseren. Vanuit het CIZ zal vooral het mandateren van indicatiestelling aan derden op een eenduidiger en transparantere manier plaatsvinden. Door een uniformere werkwijze onder regie van het CIZ zal de samenwerking met onder andere de ziekenhuizen verbeteren. De ziekenhuizen hebben nu nog te maken met een grote verscheidenheid binnen de indicatiestelling.

Aard van de verantwoordelijkheid
Met ingang van 2005 neemt de rijksoverheid de verantwoordelijkheid voor de financiering van de indicatiestelling over van de gemeenten, die dan nog op basis van de AWBZ formeel wettelijk verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling. De gemeenten zullen het CIZ aanwijzen als het indicatieorgaan dat hun wettelijke taken uitvoert.
De rijksoverheid neemt vervolgens per 2006 de wettelijke verantwoordelijkheid over, als de desbetreffende wet- en regelgeving is gewijzigd en de regering haar standpunt heeft bepaald op het Interdepartementaal beleidsonderzoek naar taken, werkwijze en omvang van de zelfstandige bestuursorganen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten
- Centrum Indicatiestelling Zorg (de landelijk uitvoerende organisatie voor indicatiestelling in de AWBZ met ingang van 2005).
- Uitvoering van specifieke projecten zoals inhoudelijke beleidsontwikkeling, regelgeving en de bundeling van Regionale Indicatieorganen (RIO's) in één organisatie.

Premiegerelateerde instrumenten

- Beleidsregels over de werkwijze van indicatieorganen, zoals bedoeld in artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit. De beleidsregels worden gebaseerd op de werkdocumenten die de Landelijke Vereniging Indicatieorganen maakt.
- Beleidsregels voor de afspraken over het berichtenverkeer van het CIZ met de zorgkantoren, zoals bedoeld in artikel 18 van het Zorgindicatiebesluit, in aansluiting op de standaarden van de AWBZ-brede Zorgregistratie.

25.2.2 Met de zorgregistratie kunnen het indicatieorgaan, de zorgaanbieder en het zorgkantoor (de ketenpartners) digitaal gegevens uitwisselen. Dit berichtenverkeer ondersteunt het proces van zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer, dus de gehele keten van indicatiestelling tot zorgrealisatie

Beleidseffecten

Zorgregistratie bevordert dat de zorg doelmatig wordt toegewezen in de keten van de AWBZ. Op cliëntniveau is dan bekend wat de zorgvraag (indicatiebesluit in functies en klassen) is, wat het zorgaanbod (de te leveren zorg) is en wat de wachttijden zijn voor de cliënt. Voordeel is dat gegevens eenmalig worden vastgelegd en door verschillende partijen kunnen worden gebruikt. Een belangrijk deel van de huidige papieren communicatie wordt vervangen door elektronische berichten. De zorgregistratie wordt zo een belangrijke informatiebron en maakt de keten transparanter.
Volgens de landelijke planning is de zorgregistratie op 1 oktober 2004 in alle regio's operationeel. Op 1 januari 2005 moet de zorgregistratie gereed zijn voor een landelijke wachtlijstmeting. Het is de bedoeling dat in de loop van 2005 de eigen bijdragen geïnd gaan worden via de zorgregistratie. Dit betekent dat de administratieve lasten in de keten van de AWBZ fors zullen afnemen.

Aard van de verantwoordelijkheid

Wij zijn indirect verantwoordelijk voor de zorgregistratie en vullen de randvoorwaarden op landelijk niveau in. Randvoorwaarden zijn: voor regelgeving zorgen rond de aanlevering van de berichten en een zorgidentificatienummer invoeren om berichten in de keten te koppelen. De zorgkantoren voeren de zorgregistratie uit en hebben de regionale regierol in de keten.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

De zorgkantoren ontvangen begrotingsmiddelen om de zorgregistratie te ontwikkelen en te implementeren. Wij dragen er zorg voor dat de indicatieorganen en zorgaanbieders wettelijk verplicht worden gesteld hun gegevens aan te leveren. Het beheer van de zorgregistratie wordt voor 1 januari 2005 belegd bij het College voor zorgverzekeringen. Daarbij gaat het om een wijzigingsprocedure voor de integratiestandaarden voor het berichtenverkeer, het releasebeheer van de softwarepakketten en het beheer van het handboek Zorgregistratie.
Een belangrijk instrument wordt het ontwikkelen en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid. Behalve dat de voortgang in de 32 zorgkantoorregio's wordt gemonitord, moet ook de kwaliteit van het berichtenverkeer worden verbeterd. Dat gebeurt in twee trajecten: de volledigheid van het

berichtenverkeer (feitelijk aantal afgegeven indicaties) en de correctheid van het berichtenverkeer. Tot slot wordt veel geïnvesteerd in communicatie, die er enerzijds op gericht is het bestuurlijk draagvlak gezond te houden, en anderzijds om feitelijke informatie te verstrekken aan de ruim 2 500 organisaties die met de zorgregistratie te maken hebben.

25.2.3 De cliënt kan, met uitzondering van de functies behandeling en verblijf, kiezen tussen een persoonsgebonden budget (pgb) of zorg in natura (zin). Het pgb geeft cliënten de mogelijkheid zelf de zorg in te kopen en te organiseren

Beleidseffecten
Conform de doelstelling van de modernisering van de AWBZ nemen de keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van de cliënt toe. Doordat het pgb nieuwe stijl sterk is vereenvoudigd, krijgen cliënten de vrijheid om binnen de geïndiceerde functies zelf vorm te geven aan de uitvoering van zorg. Het totaal aantal budgethouders (nieuwe stijl en oude stijl samen) groeit gestaag, waarbij de budgethouders nieuwe stijl vanaf het eerste kwartaal 2004 in de meerderheid zijn. Evenals in de zorg in natura, willen we ook bij het pgb een beheerste groei. Daarom zal de subsidieregeling waaruit het pgb bekostigd wordt, van een zodanig plafond voorzien worden, dat een dergelijke groei mogelijk is. In 2005 zijn verdere aanpassingen van de pgb-regeling mogelijk naar aanleiding van de evaluatie pgb nieuwe stijl, die eind 2004 gereed is.

In 2005 worden ook de voorbereidingen getroffen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) die in werking treedt per 1 januari 2006. Een aantal functies uit de AWBZ waarvoor cliënten nu een pgb kunnen krijgen, komt daarmee onder gemeentelijke verantwoordelijkheid. Het is een zaak van gemeentelijke besluitvorming of cliënten ook in die nieuwe situatie nog een pgb kunnen krijgen.
Ook de overgang, per 2006, van onderdelen van de ggz naar de Zorgverzekeringswet zal consequenties hebben voor het aantal budgethouders.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn indirect verantwoordelijk. Het College voor zorgverzekeringen is ervoor verantwoordelijk dat de subsidieregeling wordt uitgevoerd. De zorgkantoren kennen een persoonsgebonden budget toe op basis van de indicatie. De cliënt verantwoordt de geleverde zorg aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor controleert de bestedingen en informeert de Belastingdienst.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten
- De Sociale Verzekeringsbank verzorgt als facilitaire organisatie – op aanvraag en kosteloos – de administratie van budgethouders bij wie sprake is van volledig werkgeverschap. Daarnaast geeft de bank informatie over arbeidsovereenkomsten en verzekeringen.
- De waarde van het pgb nieuwe stijl zullen we nader bepalen naar aanleiding van onderzoek naar normatieve kostprijzen en de invoering van de functiegerichte bekostiging.

25.2.4 De ontwikkeling en implementatie van een prestatie-bekostigingssysteem voor de zorg in natura in de AWBZ. Uitgangspunt is een AWBZ-brede systematiek op basis van functies

Beleidseffecten
De beleidseffecten van de functiegerichte bekostiging zijn als volgt te typeren:
- Er ontstaan concurrentiemogelijkheden op de aanbodmarkt, doordat aanbieders zich op de markt een positie met een eigen cliëntenkring kunnen verwerven door uit de zeven AWBZ-functies eigen producten met een eigen zorgprofiel samen te stellen.
- De doelmatigheid wordt bevorderd, doordat bij de zorginkoop onderhandelingsmogelijkheden ontstaan over het volume en de prijs van de functies die worden ingezet.
- De transparantie wordt bevorderd, doordat van elk product bekend is uit welke functies in welke omvang het is opgebouwd.
- Er ontstaat meer maatwerk en er komen meer keuzemogelijkheden voor de cliënt.
- Prijsvergelijking is mogelijk, doordat van elke functie (module) is aangegeven wat ervoor geacht wordt te zijn betaald (inzet deskundigheid, productiviteit, overhead).
- De administratieve belasting kan worden teruggebracht, doordat de registratie en verantwoording die voor de bekostiging nodig is, AWBZ-breed gebeurt voor alle sectoren in termen van functies en klassen.

De functiegerichte bekostiging wordt in stappen ingevoerd. De eerste stap is gezet in 2004 in de extramurale zorg in de vorm van de CTG-beleidsregel extramurale zorgprestaties. In deze regel zijn alle bestaande sectorale producten gegroepeerd onder de functies en daarbinnen zo veel mogelijk geharmoniseerd naar inhoud en prijs.
Wij willen in 2005 voor de extramurale zorgverlening de producten die beschreven worden in de Beleidsregel extramurale zorg, schrappen en vervangen door modulair opgebouwde functietarieven. Voor de intramurale zorg beschrijven we in 2004 nog de zorg die in de praktijk wordt geleverd in een beperkt aantal AWBZ-breed inzetbare intramurale zorgarrangementen.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn ervoor verantwoordelijk een bekostigingssysteem te ontwikkelen en vast te stellen. De zorgkantoren hebben op basis van de concessie die de verzekeraars hebben verleend, de verantwoordelijkheid voldoende zorg in te kopen, met het oog op een kwalitatief verantwoorde en doelmatige inzet van zorg.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten
Er lopen twee instrumenteringstrajecten:
- Het sectoroverschrijdende onderzoek naar AWBZ-brede kostprijzen per functie is in juli afgerond. Op basis van dit onderzoek worden de normen gedefinieerd om de maximale financiële waarden te bepalen van de basis- en opslagmodules die per functie worden onderscheiden. De uiteindelijke functietarifering stelt het CTG vast en biedt die in de vorm van beleidsregels ter goedkeuring aan VWS aan.
- In 2004 wordt de beschrijving van de AWBZ-breed inzetbare intramu-

rale zorgarrangementen afgerond. Daarna volgt de discussie over de tarifering op basis van de zorgarrangementen zelf of op basis van de functies waaruit de zorgarrangementen zijn samengesteld. Uiteindelijk willen we de functiegerichte bekostiging ook voor intramurale zorg op 1 januari 2006 invoeren.

25.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Als gevolg van de extra middelen die beschikbaar worden gesteld, de geplande volumebouw en een doelmatigere inzet van middelen verwachten we dat de productie in 2005 in de AWBZ-sectoren waarvoor productieafspraken worden gemaakt, en de persoonsgebonden budgetten zullen stijgen.

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**27 738**	**36 263**	**175 408**	**158 463**	**143 137**	**143 137**	**143 137**
Uitgaven	**29 855**	**36 263**	**175 408**	**158 463**	**143 137**	**143 137**	**143 137**
Programma-uitgaven	**29 855**	**35 764**	**174 808**	**157 863**	**142 537**	**142 537**	**142 537**
Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ)	29 855	35 764	174 808	157 863	142 537	142 537	142 537
Apparaatsuitgaven	**0**	**499**	**600**	**600**	**600**	**600**	**600**
Ontvangsten	**468**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		175 408		158 463		143 137		143 137	143 137
2	Waarvan apparaatsuitgaven		600		600		600		600	600
3	Programma uitgaven		174 808		157 863		142 537		142 537	142 537
	Waarvan op 1 januari 2005									
4	Juridisch verplicht	98%	171 608	98%	154 663	100%	142 537	100%	142 537	100% 142 537
5	Bestuurlijk gebonden	2%	3 200	2%	3 200	0%	0	0%	0	0% 0
6	Beleidsmatig gereserveerd	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0% 0
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0% 0
8	Totaal	100%	174 808	100%	157 863	100%	142 537	100%	142 537	100% 142 537

Het juridisch verplichte deel heeft betrekking op middelen die beschikbaar zijn voor de uitvoering van de indicatiestelling. Bestuurlijk gebonden zijn de AWBZ brede zorgregistratie en de invoering van de functiegerichte bekostiging.

Premie-uitgaven						
Bedragen x € 1 000 000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pgb's	889,0	889,0	889,0	889,0	889,0	889,0
Groeiruimte AWBZ	203,6	470,7	1 117,2	1 795,6	1 833,6	1 833,6
Totaal	1 092,6	1 359,7	2006,2	2 684,6	2 722,6	2 722,6

In de tabel hierboven zijn de beschikbare bedragen opgenomen voor de premie-uitgaven op het artikel AWBZ-brede zorg. In deze beschikbare bedragen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1e suppletore wet 2004 en de Miljoenennota 2005 verwerkt.
Op dit beleidsartikel staan onder andere de bedragen vermeld die beschikbaar zijn voor productiegroei in de AWBZ vanaf 2005. Er is een nadrukkelijke samenhang met de middelen op de beleidsartikelen 24, 26 en 27. De realisatie van de groei uit de tabel hierboven zal, gezien de bekostigingsstructuur, in elk geval deels nog dáár zichtbaar worden. Voor 2004 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2005 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

25.4 Evaluatieprogrammering

Persoonsgebonden budget
Het College voor zorgverzekeringen publiceert regelmatig de «Kern-monitor». Eind 2004 zal een afzonderlijke evaluatie van het pgb nieuwe stijl inzicht hebben gegeven in bedoelde en wellicht onbedoelde effecten van deze regeling. De evaluatie en monitoring zullen in 2005 mede in het teken staan van de voorbereiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

BELEIDSARTIKEL 26 GEHANDICAPTEN- EN HULPMIDDELEN-BELEID

26.1 Algemene beleidsdoelstelling

Stelselmatig bevorderen dat mensen met beperkingen volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- Indicatietrajecten voor onderwijs, zorg en justitie harmoniseren (26.2.1).
- De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte uitbreiden en er inclusief beleid op baseren (26.2.2).
- Carebrede cliënt- en regieondersteuning (26.2.3).
- Activerende/ondersteunende begeleiding en zorg voor licht verstandelijk gehandicapten (lvg) overhevelen uit de AWBZ naar respectievelijk de domeinen onderwijs/arbeid en de jeugdzorg (26.2.3).
- Keuze-ondersteunende informatie voor cliënten in de vorm van een meerkeuzegids voor de zorg (26.2.4).

Deze maatregelen worden in dit beleidsartikel toegelicht.

Wij streven ernaar dat mensen met beperkingen als volwaardig burger kunnen deelnemen aan alle aspecten van het maatschappelijke leven. Mensen met beperkingen moeten onder het motto «Gewoon waar het kan, speciaal waar nodig» zo veel mogelijk gebruik kunnen maken van reguliere voorzieningen in een samenleving die in zowel fysiek als sociaal opzicht toegankelijk is. Dit betekent dat beleidsmakers er op alle terreinen vanaf het begin rekening mee houden wat de gevolgen van hun beleid zijn voor mensen met beperkingen, en dat ze hun verantwoordelijkheid nemen om eventuele knelpunten op te lossen. De rechten van mensen met beperkingen worden versterkt door de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ). Als coördinator van het gehandicaptenbeleid volgt, evalueert en stimuleert VWS de ontwikkeling en voortgang van inclusief beleid en de gelijke behandeling in de praktijk. Om beleid te ontwikkelen in de sector gehandicapten en hulpmiddelen is de aangekondigde Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) eveneens van belang. De ontwikkelingen op het gebeid van de WMO worden beschreven in artikel 34 (Lokaal beleid).

26.2 Operationele beleidsdoelstellingen

26.2.1 Het creëren van een zodanig gedifferentieerd aanbod van voorzieningen op het terrein van zorg dat mensen met een langdurige beperking – op basis van een indicatie – binnen een redelijke termijn adequaat geholpen kunnen worden

Mensen met een beperking hebben soms ondersteuning nodig op het gebied van zorg om te kunnen deelnemen aan de samenleving. Wij werken nauw samen met andere partijen (landelijke organisaties van cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars) om een gevarieerd aanbod aan zorgvoorzieningen tot stand te brengen voor mensen met een beperking en om afstemmingsproblemen op de grensvlakken wonen, zorg en welzijn op te lossen. Mensen met een beperking kunnen zo gemakkelijker zelfstandig of met een beperkte ondersteuning aan de samenleving deelnemen. Ook de afstemming op de grensvlakken tussen zorg,

onderwijs en justitie, vooral voor jeugdigen, valt onder deze doelstelling. Deze doelstelling vertaalt zich ook naar een adequate, transparante en beschikbare extramurale hulpmiddelenzorg.

Beleidseffecten
Wij willen een gevarieerd aanbod aan zorgvoorzieningen tot stand brengen voor mensen met een beperking (hierover meer in artikel 25). In 2005 zal het accent liggen op het wegwerken van de functioneel slechte gebouwen bij zorginstellingen.

Wij streven in het kader van Operatie Jong naar minder bureaucratische procedures in de zorg en bij dienstverlening aan kinderen en jeugdigen met problemen. Of het nu gaat om medische, sociale, opvoedkundige procedures of in de justitieketen, wij willen dat de toegang tot onderwijs, zorg en justitiële inrichtingen beter wordt en dat de indicatietrajecten hiervoor beter op elkaar afgestemd worden.

In de afgelopen periode is gebleken dat instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten (lvg) en de jeugdzorginstellingen beter moeten samenwerken. Deze groep heeft vaak meervoudige problematiek en komt via verschillende ingangen bij de zorg terecht. Wij willen meer inzicht krijgen in de problematiek om vervolgens de afstemming tussen de sectoren voor deze jeugdigen te kunnen verbeteren. Op termijn streven wij ernaar de lvg-zorg over te hevelen naar de jeugdzorg.

Wij willen dat de vraag van de cliënt voorop staat als hulpmiddelen worden voorgeschreven en verstrekt. De hulpmiddelenvoorziening moet de zorgbehoefte dekken en bovendien betaalbaar blijven. We willen minder regels, en meer marktwerking. Knelpunten in de uitvoeringspraktijk zullen we zo veel mogelijk oplossen.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn direct verantwoordelijk voor de wetgeving die het aanbod van voorzieningen regelt[1]. De uitvoerende partijen (afzonderlijke zorgaanbieders, lokale overheden, zorgkantoren, zorgverzekeraars) zijn er verantwoordelijk voor om een gedifferentieerd aanbod van voorzieningen te creëren op het terrein van zorg en om zorgproductie te leveren. Wij faciliteren de uitvoerende partijen (in de regio) door middelen beschikbaar te stellen. Met wetgeving borgen wij een kwalitatief hoogstaande en goed toegankelijke voorziening waarop alle verzekerden in gelijke mate aanspraak kunnen maken (rechtszekerheid en rechtsgelijkheid). Op het gebied van de bouw hebben wij een aanjaagfunctie. Daarnaast hebben wij een stimulerende en coördinerende rol bij de betrokkenheid van de andere departementen (bijvoorbeeld VROM, OCW en Justitie), lokale overheden, maatschappelijke organisaties en bedrijven.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Onderzoek
Om meer duidelijkheid te krijgen over meervoudige problematiek bij lvg-jeugd faciliteren wij in 2005 drie pilotprojecten in Drenthe, de regio Dordrecht en in de stadsregio Amsterdam. Op basis van de opgedane ervaringen tijdens de pilots zullen wij verdere stappen ondernemen om de aansluiting van de indicatiestelling voor de jeugdzorg en de (verstan-

[1] Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), Tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD), Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet, Regeling hulpmiddelen 1996.

delijk-)gehandicaptensector te verbeteren. Voor het traject gericht op de overheveling van de lvg-zorg naar de jeugdzorg is in 2005 € 87 000 beschikbaar.

Harmonisering indicatiestelling
In 2005 wordt een eerste stap gezet om de indicatietrajecten te harmoniseren. Er worden centrale (virtuele) loketten in de regio opgezet als coördinatiepunt voor indicatietrajecten. Deze fase zal eind 2006 zijn voltooid. In dit loket wordt vastgesteld welke indicatietrajecten doorlopen moeten worden. Hier worden die trajecten ook gecoördineerd. Een volgende stap leidt wellicht tot wijziging van wet- en regelgeving. De afstemming en harmonisatie van alle trajecten zal eind 2009 zijn afgerond. In 2005 is voor dit traject € 100 000 beschikbaar.

Tabel 26.1: Overzicht aan streefwaarden onder operationele doelstelling 26.2.1.

	2003	2004	2005	2006
Streefwaarden	Realisatie	Raming	**Raming**	Raming
# kleinschalige woonvoorzieningen, aantal cliënten		1 000	**1000**	1 000
# pilotprojecten lvg		3	**3**	
# proefregio's regionale aanpak			**8**	
# richtlijnen extramurale hulpmiddelenzorg in Hulpmiddelenkompas	3	3	**3**	
Knelpunten extramuralisatie		37	**30**	

Premiegerelateerde instrumenten

Wetgeving
De beslissing om de functioneel slechte gebouwen aan te passen, nemen we op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD). De huidige Regeling hulpmiddelen wordt stapsgewijs gedereguleerd om een flexibeler uitvoering door zorgverzekeraars mogelijk te maken en marktwerking te stimuleren. De Regeling hulpmiddelen 1996 actualiseren we in 2005.

Subsidie
Zorg wordt ook mogelijk gemaakt via een aantal subsidieregelingen die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uitvoert (blindegeleide- en hulphonden, doventolkvoorziening, algemene dagelijkse levensverrichtingen(adl)/bouw/aanpassingen en bijzondere zorgplannen).

Onderzoek
Het onderzoek naar cliënttevredenheid van het vernieuwend (extramuraal) aanbod is een expliciet onderdeel van de regionale wachtlijstaanpak. Aan de hand van praktijkervaringen zijn knelpunten geïnventariseerd die betrokken partijen tegenkomen bij extramuraliseringsprojecten.

Het Hulpmiddelenkompas is bedoeld om doelmatig hulpmiddelen voor te schrijven en te verstrekken. Het bevat richtlijnen voor indicatiestelling en verstrekking. Het CVZ adviseert ons in de vorm van een signaleringslijst over knelpunten in de hulpmiddelenvoorziening en geeft in de «Monitor hulpmiddelen» informatie over de uitgavenontwikkeling.

26.2.2 De rechtspositie van mensen met een beperking en/of chronische aandoening regelen/bevorderen met het oog op een volwaardige participatie

De rechtspositie van mensen met een beperking of chronische ziekte wordt verbeterd, als zij een gelijke behandeling kunnen afdwingen op basis van het recht. De Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) biedt mensen met een beperking meer mogelijkheden om juridische stappen te ondernemen bij ongelijke behandeling.
De rechtspositie van mensen met een beperking verbeteren we eveneens, als zij beschermd worden tegen onevenredige inbreuken in de persoonlijke levenssfeer. We voorkomen dat door de inzet van medische keuringen hun de toegang tot wezenlijke maatschappelijke voorzieningen en terreinen wordt ontnomen.

Beleidseffecten
We streven ernaar de knelpunten op te heffen die mensen door hun beperkingen ervaren in het dagelijkse leven. Dat gaan we op drie manieren doen. We willen:

- Voorkómen dat mensen met beperkingen worden benadeeld en dat mensen worden buitengesloten door aparte voorzieningen te creëren. We streven ernaar dat overheden bij het ontwikkelen van beleid rekening houden met verschillen tussen mensen en dat voorzieningen daarop worden aangepast. Dit noemen we «inclusief beleid».
- De samenleving bewust maken van mensen met een beperking en hun mogelijkheden binnen de samenleving.
- De individuele rechtsbescherming en empowerment van mensen met beperkingen verbeteren, eventueel door de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte uit te breiden.

Wij streven ernaar personen die gekeurd moeten worden, te beschermen tegen onevenredige inbreuken op hun persoonlijke levenssfeer. Ook willen we voorkomen dat medische keuringen de toegang tot wezenlijke maatschappelijke voorzieningen en terreinen onredelijk belemmeren, waaronder de toegang tot arbeid en tot de gezondheidszorg. De Wet op de medische keuringen (WMK) stelt daarom beperkingen aan keuringen. In 2005 willen we de bekendheid van deze wet vergroten.

Verder streven wij ernaar om de financiële positie van gehandicapten, chronisch zieken en ouderen met een laag inkomen te beschermen. Hiertoe hebben we een fiscale regeling opgesteld (zie artikel 38).

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn er indirect voor verantwoordelijk de rechtspositie van mensen met een beperking te vergroten. Wij hebben een coördinerende en vooral stimulerende rol bij de WGBH/CZ en «inclusief beleid». Ook de andere departementen, veldpartijen en de individuele medemens zijn verantwoordelijk om te zorgen voor een gelijke behandeling van mensen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Actieplan knelpunten gelijke behandeling en inclusief beleid
Om gelijke behandeling in de praktijk te bevorderen hebben we een Actieplan opgesteld. Dit Actieplan (kamerstukken II 29 355 nr. 1, 2004) is er

naast de WGBH/CZ op gericht «inclusief beleid» te realiseren. Wij zorgen voor een bestuurlijke coördinatiestructuur om het Actieplan uit te voeren.

Bestaande drempels in de samenleving kunnen vaak worden geslecht door de samenleving te bekijken vanuit het perspectief van mensen met beperkingen. De Taskforce Handicap en Samenleving heeft hierbij een centrale rol. De taskforce heeft als taak de samenleving bewust te maken van mensen met een beperking en hun mogelijkheden binnen de samenleving. VWS financiert deze taskforce, maar die heeft een onafhankelijke rol. Voor 2005 is hiervoor € 250 000 beschikbaar op de begroting van VWS. Andere departementen dragen daar ook aan bij.

Op 1 december 2003 is de WGBH/CZ voor de terreinen arbeid en beroepsonderwijs van kracht geworden. We verwachten dat de bekendheid van de wet toeneemt. Tegelijkertijd verwachten we dat door de ontwikkelde jurisprudentie duidelijker wordt hoe discriminatie van mensen met een handicap of chronische ziekte in de praktijk kan worden voorkomen. De raming gaat dan ook uit van een gelijkblijvend aantal klachten. De klachten richten zich op discriminerend handelen ten opzichte van mensen met een beperking op de terreinen arbeid en beroepsonderwijs. Wij onderzoeken hoe de WGBH/CZ naar andere maatschappelijke terreinen kan worden uitgebreid. Ook financieren wij de Commissie Gelijke Behandeling en een voorlichtingscampagne over de WGBH/CZ. Voor 2005 is hiervoor € 300 000 beschikbaar.

Tabel 26.2: Overzicht streefwaarden onder operationele doelstelling 26.2.2

	2003	2004	2005	2006
	Realisatie	Raming	**Raming**	Raming
Klachten over gelijke behandeling bij de Commissie Gelijke Behandeling		150[1]	**150**	150

[1] Gegevens van Commissie Gelijke Behandeling (CGB) in Utrecht, juni 2004.

Wet op de medische keuringen
Om de Wet op de medische keuringen (WMK) te ondersteunen, wordt een Klachtencommissie ingesteld. Ook wordt voorlichting gegeven over deze wet. In totaal is in 2005 € 250 000 voor de WMK beschikbaar.

26.2.3 Het regelen van randvoorwaarden voor samenhangende zorg, wonen en maatschappelijke ondersteuning in lokale samenleving, zodat mensen met een beperking kunnen (blijven) deelnemen aan de samenleving

Mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking moeten de mogelijkheid hebben om op eenzelfde manier als mensen zonder beperking volwaardig deel te kunnen nemen aan de lokale samenleving. Dit kunnen zij echter niet altijd zonder ondersteuning. Wij willen de randvoorwaarden scheppen, zodat wonen in de wijk, arbeid en onderwijs toegankelijk zijn. Ook nieuwe toepassingen van informatie- en communicatietechnologie kunnen daarbij helpen.

Beleidseffecten
Wij willen dat cliënten, die nu nog in vaak zeer grootschalige voorzieningen wonen, buiten het instellingsterrein kunnen wonen, als zij dat wensen en als hun noden het mogelijk maken. Wij streven ernaar dat er tot en met 2006 aan minimaal 1 000 cliënten per jaar de mogelijkheid geboden wordt om in een gewone wijk in kleinschalige voorzieningen te wonen: midden in de maatschappij, en waar nodig toch beschut en beschermd.

Mensen met een beperking moeten de mogelijkheid hebben om door arbeid en onderwijs volwaardig deel te nemen aan de maatschappij. Dat bevorderen wij met de volgende intenties:

- Wij streven er in dit opzicht naar dat mensen met een beperking daar waar mogelijk deelnemen aan maatschappelijke (niet door AWBZ gefinancierde) dagbesteding. Eind 2005 dient het aandeel maatschappelijke dagbesteding te zijn gestegen ten opzichte van begin 2005, en het aandeel AWBZ-dagbesteding te zijn gedaald.
- We willen dat kinderen die leerplichtig zijn, zo veel mogelijk kunnen deelnemen aan reguliere voorzieningen. We willen dat deelname aan regulier onderwijs kunnen afdwingen binnen de kaders die de wet heeft gesteld en onder voorwaarde dat de zorg realiseerbaar is. We willen dat onderwijs- en zorginstellingen met onderwijs-zorgarrangementen tot één handelingsplan voor het kind komen.
- Voor de groep kinderen die valt onder de categorie «meervoudig complex gehandicapt» (mcg) is een reguliere voorziening niet direct weggelegd, en zullen wij de kinderdagcentra (kdc) zodanig toerusten dat ook zij verantwoorde zorg en opvang kunnen krijgen. In 2005 richten wij ons op zorgen leerplannen voor kinderen met een meervoudige complexe handicap.
- Ook streven wij ernaar dat in 2007 de dagbesteding van gehandicapten (ondersteunende en activerende begeleiding) wordt overgeheveld naar het domein van de lokale overheid, omdat die hieronder het best past vanuit het principe van inclusief beleid.

Voor de individuele cliënt is het belangrijk dat hij ondersteund wordt, als hij eigen keuzes maakt uit het zorgaanbod en de voorzieningen. De MEE-organisaties (ontstaan uit de voormalige Sociaal Pedagogische Diensten) bieden een laagdrempelige ondersteuning, onafhankelijk van het zorgaanbod. In het kader van de WMO wordt gewerkt aan een brede voorziening voor cliëntondersteuning/regieondersteuning, niet alleen voor gehandicapten, maar voor alle mensen met een beperking die informatie, advies en ondersteuning nodig hebben. Wij streven ernaar diverse vormen van cliëntondersteuning te integreren in de care.

De toepassing van informatie- en communicatietechnologie (ict) in de hele samenleving leidt tot grote veranderingen. Het is een uitdaging om juist op deze terreinen het «meedoen» door mensen met beperkingen een centrale plaats te geven en te verbeteren. Juist de flexibiliteit van deze technologie biedt de mogelijkheid om tegen relatief lage kosten rekening te houden met verschillen tussen mensen, mits dit gebeurt vanaf het eerste begin dat de toepassingen worden ontwikkeld. Wij streven ernaar dat «design for all» gemeengoed wordt.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn er indirect verantwoordelijk voor om een goed en voldoende aanbod van (ondersteunende) voorzieningen op te zetten; de directe verantwoordelijkheid om de voorzieningen op te zetten en het aanbod af te stemmen ligt bij de veldpartijen. Wij hebben een stimulerende rol om

de andere departementen en overheden, maatschappelijke organisaties en bedrijven erbij te betrekken, als het erom gaat een passend en afgestemd aanbod van voorzieningen te bewerkstelligen, en internet en andere ict-toepassingen toegankelijker te maken.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Onderzoek
De handelingsplannen die voortkomen uit de onderwijs-zorgarrangementen financieren we met het zogenoemde rugzakje, bekostigd door OCW. Daarnaast is een Richtlijn afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs totstandgekomen, waarin de aansluiting tussen AWBZ en onderwijs wordt gerealiseerd. Deze richtlijn evalueren we in augustus 2005.

Om te zorgen dat de implementatie van de MEE op lokaal niveau goed kan verlopen, zal er afstemming moeten plaatsvinden tussen de MEE, gemeenten en andere betrokken organisaties (bijvoorbeeld de ouderenadviseurs). Om deze afstemming te vergemakkelijken laten wij een onderzoek naar schaalgrootte en deskundigheid doen. Voor het traject Carebrede cliëntenondersteuning is in 2005 € 350 000 beschikbaar. Ook laten wij een Benchmark MEE ontwikkelen en uitvoeren om zicht te krijgen op het functioneren van deze organisaties. Hiervoor is € 200 000 beschikbaar.

Subsidie
Op dit moment bestaan er geen uniforme zorgmodellen. Daarom worden deze in opdracht van VWS ontwikkeld. Voor de toegankelijkheid van de kinderdagcentra is een projectsubsidie voor twee jaar verleend (2004–2005) om een (in de praktijk overdraagbaar) zorg- en leerplan voor kinderen met een meervoudige complexe handicap tot stand te brengen (budget voor 2005: € 83 000).

Tabel 26.3: Overzicht aan streefwaarden onder operationele doelstelling 26.2.3

	2003	2004	2005	2006
	Realisatie	Raming	**Raming**	Raming
# extra cliënten in kleinschalige woonvoorzieningen		1 000	**1000**	1 000
# kinderen in kdc's nieuwe stijl			**300**	300

Premiegerelateerde instrumenten

Wetgeving
Via beleidstoetsingskaders, bouwprocedures en langetermijnafspraken met instellingen en/of regio's streven we na dat mensen met een beperking buiten het instellingsterrein wonen. Deze instrumenten worden ingezet op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Tijdelijke verstrekkingswet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) of de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Subsidie
De MEE wordt bekostigd vanuit een CVZ-subsidieregeling. De geboden ondersteuning en advies zijn niet geïndiceerd en onafhankelijk van het zorgaanbod. In 2005 wordt een prestatiegerichte wijze van bekostiging ingevoerd.

Onderzoek
In de brief over de opzet van de WMO (Kamerstuknr: 29 538 nr. 1 2003/2004) hebben wij aangekondigd dat de ondersteunende en activerende begeleiding uit de AWBZ wordt gehaald. In 2004 is een onderzoek gestart. Vervolgens zal in 2005 en 2006 in enkele regio's inhoudelijk een begin worden gemaakt met de overheveling, zodat de praktische toepasbaarheid kan worden getoetst. Voor dit traject is in 2005 € 200 000 beschikbaar.

26.2.4 Kwaliteitstoetsing en -verbetering stimuleren vanuit cliëntperspectief en de doelmatigheid van zorgen dienstverlening verbeteren

Door de cliëntenpositie van verzekerden te versterken, de transparantie over het zorgaanbod en de kwaliteit hiervan te vergroten kan de cliënt beter een zelfstandig beroep doen op het beschikbare zorg- en voorzieningenaanbod. Hierdoor ontstaat een doelmatiger zorggebruik, dat ook vanuit cliëntperspectief meer gewenst is.

Beleidseffecten
Wij willen de kwaliteit van zorg in de care een impuls geven, waarbij de nadruk erop ligt de zeggenschap van de cliënten, de patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek te verbeteren en de transparantie over de kwaliteit te verhogen. Daarnaast streven wij ernaar dat in 2006 keuzeondersteunende informatie over deze onderwerpen beschikbaar komt. Ook streven wij ernaar dat kwaliteitsinnovaties in de zorg zich breder verspreiden, zodat deze aan meer cliënten ten goede komen. Dit gebeurt in samenwerking met kennisinstituten. Ook de kennisoverdracht over speciale problematiek en bijzondere zorgvragen moet verbeteren om de geboden zorg doelmatiger in te zetten en de kwaliteit ervan te verbeteren. De Centra voor consultatie en expertise (CCE) zijn ingesteld om deze taak uit te voeren.

Op het gebied van de hulpmiddelenzorg geeft objectieve en onafhankelijke informatie over hulpmiddelen voor de cliënt mogelijkheden om de kwaliteit ervan te toetsen en te verbeteren. Wij willen dat onafhankelijke keuzeondersteunende informatie beschikbaar is voor de hulpmiddelengebruiker. Wij streven ernaar dat voor alle deelverstrekkingen van de hulpmiddelenzorg uiterlijk in 2006 keuzeondersteunende informatie beschikbaar is.

Aard van de verantwoordelijkheid
De verantwoordelijkheid van VWS beperkt zich in principe tot het gezondheidszorgsysteem waarbinnen kwaliteit van zorg wordt geleverd. Om de kwaliteitsverbetering op gang te brengen heeft VWS een tijdelijke stimulerende rol. Zolang de inbreng van partijen binnen het systeem niet gelijkwaardig is, heeft de overheid een verantwoordelijkheid om deze in balans te brengen. Wij faciliteren dat er onafhankelijke keuzeondersteunende informatie wordt ontwikkeld om de positie van verzekerden te versterken, en zijn als zodanig indirect verantwoordelijk.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidie
Met het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit voor de care (LAK-care) willen we een impuls geven aan de kwaliteit van zorg in de caresectoren verpleging en verzorging, thuiszorg en gehandicaptenzorg. Binnen dit programma worden bestaande kwaliteitsinnovaties in de zorg breder verspreid in de care. Verder wordt keuzeondersteunende informatie ontwikkeld voor cliënten in de vorm van een meerkeuzegids voor de zorg, en krijgt de kwaliteitstoetsing vanuit cliëntperspectief een impuls. Hiervoor is in 2005 een subsidie van € 1 100 000 beschikbaar. Verder is er € 60 000 beschikbaar om keuzeondersteunende informatie te ontwikkelen voor cliënten in de hulpmiddelenzorg.

Premiegerelateerde instrumenten

Subsidie
Er zijn CCE voor autisme, gedragsgestoorden, doofblinden, meervoudig complex gehandicapten en voor mensen met niet aangeboren hersenletsel. De CCE's zijn er vooral op gericht handelingsverlegenheid te verminderen en diagnostiek uit te voeren. Deze CCE's worden via een CVZ-subsidieregeling gefinancierd.

26.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**20 547**	**19 255**	**17 323**	**18 371**	**18 113**	**17 800**	**17 500**
Uitgaven	**23 466**	**19 726**	**17 365**	**18 576**	**18 113**	**17 800**	**17 500**
Programma-uitgaven	**20 425**	**16 686**	**14 445**	**15 745**	**15 283**	**14 970**	**14 670**
Stimuleren aanbod zorgvoorzieningen	7 050	7 103	5 618	6 114	6 245	5 932	5 932
Versterken van de rechtspositie	6 276	5 864	5 518	5 706	5 129	5 129	4 829
Opheffen gescheiden leefsituatie	109	81	0	0	0	0	0
Kwaliteitstoetsing en -verbetering	6 990	3 638	3 309	3 925	3 909	3 909	3 909
Apparaatsuitgaven	**3 041**	**3 040**	**2 920**	**2 831**	**2 830**	**2 830**	**2 830**
Ontvangsten	**1 059**	**182**	**182**	**182**	**182**	**182**	**182**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
Totaal geraamde kasuitgaven			17 365		18 576		18 113		17 800		17 500
2	Waarvan apparaatsuitgaven		2 920		2 831		2 830		2 830		2 830
3	Programma uitgaven		14 445		15 745		15 283		14 970		14 670
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	30%	4 324	26%	4 135	27%	4 135	28%	4 135	28%	4 135
5	Bestuurlijk gebonden	48%	6 981	60%	9 481	63%	9 592	33%	4 992	30%	4 442
6	Beleidsmatig gereserveerd	22%	3 140	14%	2 129	10%	1 556	39%	5 843	42%	6 093
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
8	Totaal	100%	14 445	100%	15 745	100%	15 283	100%	14 970	100%	14 670

Als juridisch verplicht is onder andere aan te merken de subsidies aan het Nederlandse Rode Kruis en de Nationale Vereniging de Zonnebloem voor het begeleiden en opleiden van vrijwilligers. Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn krijgt daarnaast subsidie voor informatievoorziening. Tevens zijn de kosten voor de indicatiestelling ten behoeve van de TOG-regeling juridisch verplicht. Bijdragen voor de kosten van de Commissie Gelijke Behandeling en onder andere de subsidies voor de Wet Gelijke Behandeling, de KDC/ZMLK's en het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit in de Care zijn bestuurlijk gebonden.

Premie-uitgaven						
Bedragen x € 1 000 000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gehandicaptenzorg intramuraal	4 422,6	4 469,0	4 509,4	4 550,9	4 589,4	4 621,4
Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten	84,5	84,5	84,5	84,5	84,5	84,5
Sociaal Pedagogische Diensten (SPD)	137,9	137,9	137,9	137,9	137,9	137,9
Hulpmiddelen	1 062,4	1 140,8	1 223,9	1 314,6	1 314,6	1 314,6
Totaal 2005	5 707,4	5 832,2	5 955,7	6 087,9	6 126,4	6 158,4
Procentuele mutatie		2,2	2,1	2,2	0,6	0,5

In tabel hierboven zijn de beschikbare bedragen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid. In deze beschikbare bedragen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1e suppletore wet 2004 en de Miljoenennota 2005 verwerkt. Voor de uitgaven voor hulpmiddelen is een jaarlijkse groei van 9,5% verondersteld. De beschikbare bedragen voor productiegroei vanaf 2005 in de gehandicaptenzorg zijn vanaf 2005 niet op dit beleidsartikel opgenomen, maar maken deel uit van de bedragen die voor productiegroei in de AWBZ beschikbaar zijn. Deze zijn opgenomen in het beleidsartikel 25 (AWBZ-brede zorg). Voor 2004 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2005 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

26.4 Evaluatieprogrammering

Tabel 26.4: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Stelselmatig bevorderen dat mensen met beperkingen volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving.					
Operationele doelstelling 1 Het creëren van een zodanig gedifferentieerd aanbod van voorzieningen op het terrein van zorg dat mensen met een langdurige beperking – op basis van een indicatie – binnen een redelijke termijn adequaat geholpen kunnen worden.	X				
Operationele doelstelling 2 De rechtspositie van mensen met een beperking en/of chronische aandoening regelen/bevorderen met het oog op een volwaardige participatie.	X	X			
Operationele doelstelling 3 Het regelen van randvoorwaarden voor samenhangende zorg, wonen en maatschappelijke ondersteuning in lokale samenleving, zodat mensen met een beperking kunnen (blijven) deelnemen aan de samenleving.	X				
Operationele doelstelling 4 Kwaliteitstoetsing en -verbetering stimuleren vanuit cliëntperspectief en de doelmatigheid van zorg- en dienstverlening verbeteren.					X

BELEIDSARTIKEL 27: VERPLEGING, VERZORGING EN OUDEREN

27.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een tijdige en adequate verpleging, verzorging en dienstverlening kunnen bieden aan mensen die daaraan een objectief vastgestelde behoefte hebben en samenhang aanbrengen in het ouderenbeleid

De toename van het aantal ouderen in ons land heeft een groot effect op de zorgvraag. Het aantal 75-plussers neemt de komende jaren toe met gemiddeld 15 000 mensen per jaar tot ruim 1,1 miljoen in 2010. In beleidsartikel 25 (AWBZ-brede zorg) vindt u de maatregelen die we nemen om de financiële houdbaarheid van de AWBZ te vergroten. Deze maatregelen zullen ook hun effect hebben op de sector verpleging en verzorging. Voor de beleidsontwikkeling voor deze sector is de aangekondigde Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) eveneens van groot belang. De ontwikkelingen op het gebied van de WMO staan beschreven in beleidsartikel 34 (Lokaal beleid).

27.2 Operationele beleidsdoelstellingen

27.2.1 Randvoorwaarden bieden voor een zodanig aanbod van intramurale en extramurale zorgvoorzieningen en dienstverlening dat mensen die daarvoor in aanmerking komen binnen redelijke termijnen geholpen kunnen worden

Beleidseffecten
In beleidsartikel 25 (AWBZ-brede zorg) zijn de te verwachten effecten weergegeven van de extra middelen die we beschikbaar hebben gesteld voor de productie. Om een weloverwogen langetermijnbeleid te kunnen voeren is het van belang inzicht te hebben in hoe vraag en aanbod van zorg en welzijn zich ontwikkelen. In 2005 zullen de wachtlijsten worden gemonitord in de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR).

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn indirect verantwoordelijk en borgen een kwalitatief hoogstaande en goed toegankelijke voorziening, waarop alle verzekerden in gelijke mate aanspraak kunnen maken (rechtszekerheid en rechtsgelijkheid). Daarnaast zijn wij er verantwoordelijk voor om de juiste prikkels te geven via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Wij faciliteren de uitvoerende partijen in de regio (zorgkantoren en de zorgaanbieders) door middelen beschikbaar te stellen. Op het gebied van de bouw hebben wij een aanjaagfunctie. Daarbij monitoren we de voortgang van de productie en spreken betrokkenen zo nodig aan op hun verantwoordelijkheden.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

De uitgaven in het kader van de regionale aanpak productie bedragen in 2005 € 0,95 miljoen.

Subsidies
Wij subsidiëren de opzet van een informatiesysteem van vraag en aanbod aan zorg, wonen en welzijn op regionaal niveau. Zorgkantoren, gemeenten en corporaties kunnen daarover beschikken.

Onderzoek
We verrichten toekomstverkenningen en maken financiële prognoses op nationaal niveau.

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
In de ouderenzorg worden cliënten voor de AWBZ ge(her)indiceerd op basis van functionele aanspraken. De zorg wordt in natura geleverd door toegelaten zorginstellingen of in de vorm van persoonsgebonden budgetten (pgb). Ook wordt zorg geboden via een aantal subsidieregelingen die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uitvoert. Via de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) realiseren we uitbreidingsbouw. De bouwprogramma's voor capaciteitsbouw worden gekenmerkt door veel kleinschalige initiatieven voor verpleeghuiszorg. Verzorgingshuiscapaciteit komt vrij voor de ombouw tot verpleeghuiscapaciteit, vaak in kleinschalige setting. Bij renovatie en uitbreiding van verzorgingshuiscapaciteit wordt vaak ook geextramuraliseerd.

Afstemming vraag en aanbod
Om ontwikkelingen in de afstemming van de vraag en het aanbod naar zorg te monitoren, wordt voor de ouderenzorg in 2005 de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) gebruikt. In 2005 wordt het care brede Stimuleringsprogramma Regionale Aanpak Productie voortgezet. Het Operationeel Team Wachtlijsten pakt concrete knelpunten in het aanbod aan, die via bouw kunnen worden opgelost.

27.2.2 Keuzemogelijkheden bevorderen voor wonen, zorg en dienstverlening voor mensen op basis van hun indicatie

Beleidseffecten
Veel mensen met een beperking willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. We streven er daarom naar, het extramurale aanbod te verruimen, zodat mensen met een beperking ook in staat zijn deze wens te volgen. Wij willen dat alle inkomenscategorieën een passend aanbod van wonen-, zorg- en welzijnsarrangementen geboden wordt.
Voor zelfstandig wonende ouderen met een zware zorgvraag is zorg op afroep essentieel. Daarvoor is een adequate zorginfrastructuur noodzakelijk, bijvoorbeeld in de vorm van een wijksteunpunt van waaruit en waarin zorg en/of diensten geleverd kunnen worden. Met technologische voorzieningen kunnen ook doelgroepen met een zware zorgvraag langer zelfstandig wonen. De brede verspreiding van het gebruik van deze voorzieningen ondersteunen wij samen met VROM.
Naast AWBZ-zorg zijn ook welzijn en diensten een voorwaarde om zelfstandig te kunnen blijven wonen. In 2005 willen wij lokale partijen bewust maken van de noodzaak van een passend aanbod voor zelfstandig wonende ouderen.

Aard van de verantwoordelijkheid
De verzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders, de corporaties en de gemeenten (inclusief de welzijnsorganisaties) zijn ervoor verantwoordelijk dat een gevarieerd aanbod van arrangementen wonen, zorg en diensten

tot stand komt. Wij zijn indirect verantwoordelijk voor de hiervoor beschreven beleidseffecten op het gebied van zorg en welzijn. De minister van VROM is dat voor het wonen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Gezamenlijk met het ministerie van VROM en de betrokken koepels/brancheorganisaties hebben wij in de zomer van 2004 een Actieplan voor Wonen met Zorg en Welzijn 2004–2006 naar de Tweede Kamer gestuurd (kenmerk DGW/BO 200 405 7835). In dit plan staat hoeveel toegankelijke woningen met een goede zorg/diensteninfrastructuur tot 2015 gerealiseerd moeten worden. In het actieplan zijn activiteiten opgenomen die partijen op lokaal niveau bewust maken van de noodzaak hiertoe. Ook bevat het actieplan handreikingen aan de lokale partijen om deze opgave te realiseren. Een aantal activiteiten in dit actieplan wordt geheel of gedeeltelijk door ons en het ministerie van VROM gesubsidieerd. Daarnaast voeren wij samen met VROM in 2005 communicatieactiviteiten uit om de lokale partijen bewust te maken van de kwantitatieve opgave van geschikte woningen en bijbehorende zorgsteunpunten en de noodzaak van voldoende en gevarieerde arrangementen.

Onderzoek
In 2005 gaan wij onderzoek verrichten naar de kosten van intra- en extramurale woon-, zorg- en dienstenarrangementen. Daarnaast gaan we beleidsonderzoek doen op het terrein van het scheiden van wonen en zorg (onder andere onderzoeken hoe de boekwaardeproblematiek opgelost kan worden bij de afbouw van het aantal intramurale verzorgingshuisplaatsen). Voor het totaal van hiervoor genoemde subsidies en onderzoek is op onze begroting € 1,6 miljoen beschikbaar.

Wet- en regelgeving
De Wet maatschappelijke ondersteuning wordt voorbereid. De geplande ingangsdatum is 2006. Dit wordt nader beschreven in beleidsartikel 34 (Lokaal beleid).

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
Op basis van de Overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening is het voor AWBZ-toegelaten instellingen mogelijk zorgsteunpunten te financieren. Deze overgangsregeling geldt in principe tot 1 januari 2006.

Subsidies
Per 2005 zal de Subsidieregeling psychosociale begeleiding maatschappelijke opvang worden opgenomen in de Subsidieregeling diensten bij wonen met zorg. Deze laatste is per 1 januari 2004 care breed ingevoerd. Zij is bedoeld voor projecten van dienstenarrangementen voor mensen met een indicatie voor een verblijf in een intramurale instelling die toch zelfstandig wonen. Het kan hierbij gaan om bijvoorbeeld een maaltijdservice, klussendiensten of alarmering. De subsidieregeling zal op termijn opgaan in de voorgenomen Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).

27.2.3 Samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg verbeteren

Beleidseffecten
De onderlinge afstemming tussen professionele zorg en mantelzorg – onder andere op de terreinen van bejegening en taakverdeling – willen wij verbeteren, zodat goede afspraken kunnen worden gemaakt over ieders inzet. Dit draagt eraan bij dat professionals hun inzet adequaat op mantelzorgers richten en dat de verwachtingen die professionals en mantelzorgers ten opzichte van elkaar hebben, worden verduidelijkt. Zo kan de draagkracht van mantelzorgers worden vergroot.

Aard van de verantwoordelijkheid
Om de samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg te verbeteren, is naast onze inzet ook die van lokale actoren van belang. Wij zijn ervoor verantwoordelijk om het overleg tussen professionele zorgverleners, mantelzorgers en opleidingsinstanties te bevorderen en de infrastructuur voor mantelzorgondersteuning te financieren.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
In 2005 zal de subsidieverlening aan landelijke organisaties van mantelzorgers en het Expertisecentrum Informele Zorg bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) worden voortgezet. De landelijke organisaties voor vrijwillige thuiszorg coördineren de inzet vanuit de Steunpunten Mantelzorg en de inzet van de vrijwillige thuiszorg. De steunpunten zijn erop gericht emotionele steun aan mantelzorgers te bieden, te bemiddelen en praktische informatie te geven. De uitgaven bedragen in 2005 € 4,7 miljoen.

Onderzoek
In 2005 evalueren we het beleid dat sinds 2001 in gang is gezet. Daarbij zullen we ook de resultaten van de versterking van de infrastructuur van de mantelzorgondersteuning onderzoeken.

Overleg
Om de professionele zorg en de mantelzorgers beter op elkaar af te stemmen, zullen we in 2005 de resultaten verder verspreiden van het overleg dat in 2004 is gevoerd tussen zorgaanbieders, opleidingen en organisaties op het terrein van de mantelzorgondersteuning.

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
Op basis van de WTG-beleidsregels voor de zorgfuncties wordt «respijtzorg» bekostigd. Dit maakt het mogelijk dat mantelzorgers tijdelijk ontlast worden, doordat de professionele zorg de zorg overneemt.

Subsidies
Via de Subsidieregeling coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg (CVTM) wordt de subsidiëring voortgezet van onder andere Steunpunten Mantelzorg en van organisaties voor vrijwillige thuiszorg.

27.2.4 Stimuleren dat de kwaliteit van zorg en dienstverlening aansluit bij de behoeften van de cliënt en bij de professionele standaards van deskundigheid

Beleidseffecten
De ervaring leert dat bij zorgaanbieders in de sector verpleging en verzorging zorgkwaliteit nog niet altijd vanzelfsprekend is. Met een brief van 4 december 2002 over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen (TK 2002–2003, 28 439, nr. 2) hebben wij een start gemaakt met het kwaliteitsbeleid.
In 2005 zal het beleid voor kwaliteit een vervolg krijgen door:
- De zorg voor mensen met dementie op regionaal niveau te verbeteren.
- De rechtspositie te verbeteren van mensen met dementie en een verstandelijke handicap die worden opgenomen en aan vrijheidsbeperkingen worden onderworpen.
- Meer inzicht en bewustzijn te kweken voor de arbeidsomstandigheden van de werknemers en voor de veiligheid van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen.
- Een impuls te geven aan de verspreiding van bestaande kwaliteitsinnovaties in de zorg in de care binnen de verpleeg-verzorgingshuizen en de thuiszorg. Hierin wordt – binnen het LAK-care (zie beleidsartikel 26) – samengewerkt met de gehandicaptenzorg.

Aard van de verantwoordelijkheid
Om deze doelstelling te realiseren zijn inspanningen van meerdere partijen nodig. Kwaliteit van bedrijfsvoering is primair een zaak van de instellingen. Wij vervullen hierin een aanjaagfunctie en scheppen zodanige voorwaarden dat instellingen hun verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Het Landelijk Dementieprogamma (LDP) helpt aanbieders op regionaal niveau de zorg voor mensen met dementie beter en meer samenhangend te organiseren. Het LDP biedt onder meer inzicht in de belangrijkste problemen van mensen met dementie, zoals zij die zelf ervaren en in de oplossingen die cliënten én aanbieders wensen. Wij subsidiëren de regionale uitvoering. De uitgaven bedragen € 0,7 miljoen.

Onderzoek en overleg
Om de veiligheid van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen te beschermen, worden interdepartementaal veiligheidsnormen en een Standaardcalamiteitenplan ontwikkeld en geïmplementeerd. De uitgaven bedragen € 0,2 miljoen.

Wet- en regelgeving
De rechtspositie van mensen met dementie en een verstandelijke handicap die worden opgenomen en aan vrijheidsbeperkingen worden onderworpen, verbeteren we door de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) te wijzigen.

Premiegerelateerde instrumenten
De CVZ-subsidieregeling kwaliteitsborging beroepsgroepen V&V zal in 2005 worden voortgezet (€ 0,8 miljoen).

27.2.5 Doelmatigheid van zorg- en dienstverlening in de sector Verpleging en Verzorging verbeteren

Beleidseffecten
- We willen de verantwoording binnen de sector verpleging en verzorging verbeteren, vereenvoudigen en uniformeren en daarbij ook de administratieve lasten verminderen.
- We willen de doelmatigheid van instellingen bevorderen.

Aard van de verantwoordelijkheid
De instellingen moeten doelmatig werken. Als indirect verantwoordelijke willen wij zicht krijgen op de mate waarin de instellingen hieraan voldoen en waar mogelijk een aanjaagfunctie vervullen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Bij convenant zijn afspraken gemaakt met instellingen in de sector verpleging en verzorging over het afleggen van verantwoording in een jaardocument. Daarin worden verschillende verantwoordingsdocumenten geïntegreerd die nu nog afzonderlijk worden opgesteld. Met dit geïntegreerde jaardocument zal een aantal instellingen in 2004 proefdraaien. Aan de hand van de ervaringen daarmee zullen we vaststellen hoe alle instellingen over 2005 op de geïntegreerde manier verantwoording gaan afleggen. Met de verkregen jaarinformatie zal ook de Tweede Kamer in 2006 worden geïnformeerd. Wij faciliteren de voorbereidingen van de implementatie (€ 0,5 miljoen).

Onderzoek
In 2004 (verpleeg- en verzorgingshuizen) en 2005 (thuiszorg) willen we door onderzoek inzicht krijgen in de vraag waarom de ene instelling bij een gegeven budget kwalitatief goede zorg kan verlenen, terwijl een andere instelling bij hetzelfde budget te kampen heeft met achterblijvende kwaliteit. De resultaten van dit onderzoek willen we gebruiken om het inzicht van het werkveld te bevorderen. Bij het onderzoek in de thuiszorg besteden we ook aandacht aan de vraag hoe instellingen op een goede wijze de concurrentie aan kunnen gaan. Uitgaven in 2005: € 0,3 miljoen.

27.2.6 Maatschappelijke participatie van ouderen bevorderen en het intersectorale ouderenbeleid coördineren en erover communiceren

Beleidseffecten
«Meedoen» is het centrale thema van dit kabinet; dit geldt ook voor de oudere burgers in de samenleving, voor zowel oudere werknemers die aan het eind van hun loopbaan zitten, als diegenen die al zijn gepensioneerd. Meedoen is belangrijk voor de maatschappelijke positie en het gevoel van welbevinden van de burgers zelf én voor de samenhang van een vergrijzende samenleving.

Het beleid zal zich minder richten op «ouderen» en «oud zijn» en meer op kwaliteit, diversiteit en flexibiliteit bij vraagstukken van vergrijzing. De «Visienota vergrijzing en het integrale ouderenbeleid» (TK, 2003–2004, 29 389, nr. 1) biedt een kader en uitgangspunten voor dit beleid.

Aard van de verantwoordelijkheid
De participatie stimuleren is een samenspel van burgers, profit- en non-profitorganisaties en de overheid. In dit samenspel wordt van de overheid samenhangend beleid gevraagd. De overheid moet kaders scheppen voor een vruchtbare samenwerking tussen partijen, en daaraan bijdragen leveren. Wij zetten op de terreinen zorg, maatschappelijke ondersteuning en sport instrumenten in die direct gericht zijn op burgers. Zo bevorderen wij de afstemming van het intersectorale ouderenbeleid.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Er zijn structurele subsidies voor ouderenbonden via het fonds voor patiënten-, gehandicapten- en ouderenbonden (PGO) (via beleidsartikel 21 Preventie en gezondheidsbescherming). We zullen het fonds PGO van een beleidskader voorzien dat de subsidierelatie met de ouderenorganisaties in overeenstemming brengt met het vigerende subsidiebeleid van VWS en de uitgangspunten van de visienota. Innovatie en flexibilisering zullen hierin centraal staan.

Overleg
De uitgaven van de follow-up van de Visienota bedragen in 2005 € 0,4 miljoen.

Met een discussieplatform willen we voorwaarden scheppen om kennis over en inzicht in de specifieke aspecten van een vergrijzende samenleving over te dragen aan maatschappelijke organisaties. Hierbij vormt het bevorderen van onderlinge uitwisseling van kennis en ervaring de ruggengraat. Internationale ervaringsuitwisseling is een andere belangrijke bron van kennis en inzicht.

27.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**23 884**	**23 824**	**16 495**	**12 602**	**13 051**	**13 032**	**13 032**
Uitgaven	**22 244**	**25 669**	**17 287**	**13 786**	**13 352**	**13 032**	**13 032**
Programma-uitgaven	**18 999**	**22 372**	**14 079**	**10 655**	**10 221**	**9 901**	**9 901**
Tijdigheid en toegankelijkheid	2 455	6 970	4 769	1 850	1 671	1 374	1 374
Passendheid en keuzevrijheid	3 581	4 772	1 646	1 636	1 668	1 668	1 668
Samenwerking mantel- en professionele zorg	5 104	4 862	5 062	4 710	4 423	4 423	4 423
Kwaliteit	2 084	1 727	1 089	946	946	946	946
Doelmatigheid	4 465	2 477	800	800	800	800	800
Coördinatie en communicatie ouderenbeleid	1 310	1 564	713	713	713	690	690
Apparaatsuitgaven	**3 245**	**3 297**	**3 208**	**3 131**	**3 131**	**3 131**	**3 131**
Ontvangsten	**810**	**50**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		17 287		13 786		13 352		13 032		13 032
2	Waarvan apparaatsuitgaven		3 208		3 131		3 131		3 131		3 131
3	Programma uitgaven		14 079		10 655		10 221		9 901		9 901
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	58%	8 134	47%	5 032	47%	4 754	45%	4 444	45%	4 444
5	Bestuurlijk gebonden	16%	2 300	22%	2 300	22%	2 300	23%	2 300	23%	2 300
6	Beleidsmatig gereserveerd	13%	1 850	17%	1 850	18%	1 850	19%	1 850	19%	1 850
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	13%	1 795	14%	1 473	13%	1 317	13%	1 307	13%	1 307
8	Totaal	100%	14 079	100%	10 655	100%	10 221	100%	9 901	100%	9 901

De juridisch verplichte bedragen betreffen voornamelijk instellingssubsidies en meerjarige onderzoekopdrachten. De bestuurlijke gebonden uitgaven betreffen uitgaven in het kader van het actieprogramma wonen en zorg en het landelijke zorgprogramma dementie. De beleidsmatig gereserveerde bedragen betreffen in hoofdzaak de middelen voor de productieaanpak en voor de maatschappelijke verantwoording.

Premie-uitgaven						
Bedragen x € 1 000 000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verpleeghuizen	4 633,1	4 642,9	4 707,4	4 756,4	4 779,4	4 779,0
Verzorgingshuizen	3 598,0	3 642,0	3 686,0	3 730,0	3 737,0	3 737,0
Thuiszorg	2 855,3	2 855,3	2 855,3	2 855,2	2 855,2	2 855,2
Subsidieregelingen V&V-sector	99,7	99,7	99,7	99,7	99,7	99,7
Totaal 2005	11 186,1	11 239,9	11 348,4	11 441,3	11 471,3	11 470,9
Procentuele mutatie		0,5	1,0	0,8	0,3	

In de tabel hierboven zijn de beschikbare bedragen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van verpleging en verzorging. In deze beschikbare bedragen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1e suppletore wet 2004 en de Miljoenennota 2005 verwerkt. De beschikbare bedragen voor productiegroei vanaf 2005 in de verpleging en verzorging zijn vanaf 2005 niet in dit beleidsartikel opgenomen, maar maken deel uit van de bedragen die voor productiegroei in de AWBZ beschikbaar zijn. Deze zijn weergegeven op het beleidsartikel 25 (AWBZ-brede zorg). De gereserveerde groeiruimte die onder aan de tabel is weergegeven, betreft dan ook alleen de ruimte die specifiek voor de verpleging en verzorging beschikbaar is, maar waarvan nog niet bekend is hoe deze zal worden verdeeld over de sectoren binnen dit beleidsartikel.
Voor 2004 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2005 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

27.4 Evaluatieprogrammering

Tabel 27.1: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Een tijdige en adequate verpleging, verzorging en dienstverlening kunnen bieden aan mensen die daaraan een objectief vastgestelde behoefte hebben en samenhang aanbrengen in het ouderenbeleid	X	X	X	X	X
Operationele doelstelling 1 Randvoorwaarden bieden voor een zodanig aanbod van intramurale en extramurale zorgvoorzieningen en dienstverlening dat mensen die daarvoor in aanmerking komen binnen redelijke termijnen geholpen kunnen worden	X	X	X	X	X
Operationele doelstelling 2 Keuzemogelijkheden bevorderen voor wonen, zorg en dienstverlening voor mensen op basis van hun indicatie	X	X	X	X	X
Operationele doelstelling 3 Samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg verbeteren	X				
Operationele doelstelling 4 Stimuleren dat de kwaliteit van zorg en dienstverlening aansluit bij de behoeften van de cliënt en bij de professionele standaard van deskundigheid	X	X	X	X	X
Operationele doelstelling 5 Doelmatigheid van zorg- en dienstverlening in de sector verpleging en verzorging verbeteren	X	X	X	X	X
Operationele doelstelling 6 Maatschappelijk participatie van ouderen bevorderen en het intersectorale ouderenbeleid coördineren en erover communiceren	X	X	X	X	X

BELEIDSARTIKEL 28: WET VOORZIENINGEN GEHANDICAPTEN

28.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het zelfstandig functioneren van gehandicapten en ouderen bevorderen door voorzieningen te bieden op het gebied van wonen en vervoer

Ouderen en gehandicapten in Nederland kunnen ondersteund worden om zo veel mogelijk zelfstandig te functioneren en maatschappelijk te participeren. Om een maatschappelijk isolement te voorkomen en zelfstandigheid te bevorderen, is onder meer de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) ingesteld. De Wvg trad in 1994 in werking en biedt voorzieningen op het gebied van wonen, vervoer en rolstoelen.

De gemeenten voeren de Wvg uit. Gemeenten worden door het Rijk in staat gesteld hun zorgplicht uit te voeren. Naast de algemene uitkering uit het Gemeentefonds worden vanuit de begroting van VWS nog enkele specifieke voorzieningen gefinancierd (zie begrotingsgerelateerd instrumentarium, specifieke uitkeringen). Daarnaast verzorgt Transvision, in opdracht van het Rijk, bovenregionaal vervoer van gehandicapten, als zij niet of moeilijk met het openbaar vervoer kunnen reizen.

Beleidseffecten
Overeenkomstig de doelstelling streven we ernaar dat ouderen en gehandicapten zo veel mogelijk zelfstandig kunnen functioneren en maatschappelijk kunnen participeren. Daarnaast streven we ernaar dat zo veel mogelijk cliënten tevreden zijn over de Wvg. Een cliënttevredenheid van 85% of hoger beschouwen we daarbij als een positief resultaat. De meest recente indicatie van de cliënttevredenheid is afkomstig uit de monitor Wvg-protocol. Hoewel dat onderzoek geen onderzoek naar de cliënttevredenheid was, blijkt daaruit wel dat de cliënten overwegend positief zijn over de (uitvoering van de) Wvg. Zo geeft in het onderzoek bijvoorbeeld 90% van de cliënten, die een voorziening gekregen heeft, aan dat de gemeente een goede voorziening geboden heeft.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij hebben een indirecte verantwoordelijkheid voor hoe de Wvg functioneert. Ook voor de uitvoering van het bovenregionaal vervoer zijn wij indirect verantwoordelijk. Voor het contract dat voor dit vervoer afgesloten wordt, hebben we echter wel een directe verantwoordelijkheid.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
In de brief van 23 april 2004 (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 538, nr. 1) is aan de Tweede Kamer het voornemen aangekondigd in 2006 de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) in te voeren (zie beleidsartikel 34). De Wvg zal in deze nieuwe wet opgaan. De activiteiten in 2005 zijn er vooral op gericht om de voorgenomen overgang van de Wvg in de WMO voor te bereiden.

Het Wvg-protocol is in maart 2002 afgesloten met de VNG en cliëntenorganisaties. In het licht van de WMO hebben we dat protocol opnieuw bekeken. We hebben geconcludeerd dat het Wvg-protocol niet meer past in de decentralisatie van verantwoordelijkheden binnen de WMO. In aansluiting hierop is in bovengenoemde brief het voornemen aangekon-

digd het voorstel tot wijziging van de Wvg in te trekken. Dit voorstel zou het mogelijk maken het Wvg-protocol eventueel in een AMvB vast te leggen.

De doelstelling van het Wvg-protocol, een betere dienstverlening aan burgers, willen we met de WMO langs een andere weg bereiken. We streven naar meer «horizontale» bestuurlijke relaties waarin gemeenten burgers en lokale organisaties betrekken bij het lokale beleid op het gebied van de WMO. Belangrijk daarbij is dat de daadwerkelijk behaalde resultaten en wat de gemeenten daarvoor gedaan hebben zichtbaar worden. We willen namelijk dat duidelijk wordt wat de gemeente «presteert», ook in vergelijking met andere gemeenten.
Verder vindt in 2005 een aantal activiteiten plaats die ten laste komen van de begroting van VWS:

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Bovenregionaal vervoer
Bij het bovenregionaal vervoer gaan we uit van een tweesporenconcept. Voor het eerste spoor beziet VWS met het ministerie van Verkeer en Waterstaat en de dienstverleners in het openbaar vervoer hoe de assistentieverlening bij het openbaar vervoer kan worden verbeterd. Het tweede spoor voorziet in een individuele voorziening voor die gehandicapten die gezien hun beperking(en) niet of moeilijk met het openbaar vervoer kunnen reizen. Op 1 april 2004 zijn bij deze individuele voorziening een aantal wijzigingen doorgevoerd. In het huidige systeem krijgen mensen een persoonlijk kilometerbudget (pkb) met een maximaal aantal taxikilometers per jaar. Er is daarbij een onderscheid tussen een standaard-pkb en een hoog pkb. Het individueel aantal taxikilometers is voor mensen met een standaard-pkb bedoeld als aanvulling op het openbaar vervoer; voor mensen met een hoog pkb komt het in de plaats van het vervoer per trein. Het bovenregionaal vervoer voert Transvision uit onder de naam Valys. In december 2004 sturen we de uitkomsten van de evaluatie naar de werking en effecten van het nieuwe systeem voor bovenregionaal vervoer naar de Tweede Kamer.
Voor het bovenregionaal vervoer is voor 2005 een bedrag begroot van € 25,9 miljoen. Dit is inclusief de kosten voor de indicatiestelling voor het bovenregionaal vervoer.

Specifieke uitkeringen

Besluit rijksvergoeding Wvg-woonvoorzieningen (dure woningaanpassingen)
Op grond van dit besluit kunnen gemeenten een vergoeding ontvangen voor woningaanpassingen die duurder zijn dan € 20 420. VWS vergoedt de kosten van de woningaanpassing, verminderd met een standaardbijdrage van € 9 963 en de eigen bijdrage van de gehandicapte. Daarnaast ontvangt de gemeente per aanvraag € 454 van VWS als tegemoetkoming in de uitvoeringskosten voor de woningaanpassing. Voor de woningaanpassingen is een bedrag begroot van € 22,6 miljoen.

Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten (Bbag)
Gemeenten met een intramurale AWBZ-instelling ontvangen op basis van dit besluit via een bepaalde verdeelsleutel een bijdrage voor de kosten van het sociaal-recreatief vervoer voor bewoners van deze instellingen. Deze bijdragen verstrekken we lumpsum aan gemeenten. Voor het sociaal vervoer wordt € 22 miljoen begroot.

Subsidies en overige beleidsuitgaven
Voor subsidies en onderzoek is in 2005 circa € 0,5 miljoen beschikbaar.

28.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**69 261**	**78 272**	**71 357**	**72 357**	**72 357**	**72 357**	**72 357**
Uitgaven	**74 308**	**78 054**	**71 357**	**72 357**	**72 357**	**72 357**	**72 357**
Programma-uitgaven	**74 112**	**77 705**	**71 008**	**72008**	**72008**	**72008**	**72008**
Maatschappelijke participatie ouderen en gehandicapten	74 112	77 705	71 008	72008	72008	72008	72008
Waarvan specifieke uitkeringen		*77 705*	*71 008*	*72008*	*72008*	*72008*	*72008*
Apparaatsuitgaven	**196**	**349**	**349**	**349**	**349**	**349**	**349**
Ontvangsten	**828**	**7 570**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		71 357		72 357		72 357		72 357		72 357
2	Waarvan apparaatsuitgaven		349		349		349		349		349
3	Programma uitgaven		71 008		72008		72008		72008		72008
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	76%	53 550	67%	47 900	40%	28 475	31%	22000	31%	22000
5	Bestuurlijk gebonden	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
6	Beleidsmatig gereserveerd	24%	17 200	31%	22 600	58%	42 025	67%	48 500	67%	48 500
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	258	2%	1 508	2%	1 508	2%	1 508	2%	1 508
8	Totaal	100%	71 008	100%	72008	100%	72008	100%	72008	100%	72008

Het overgrote deel van de beschikbare middelen is juridisch verplicht of beleidsmatig gereserveerd, bijvoorbeeld op basis van de uitvoering van de specifieke regelingen *Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten* (Bbag) en het *Besluit rijksvergoeding Wvg-woonvoorzieningen* (dure woning-aanpassingen).

28.3 Evaluatieprogrammering

Tabel 28.1: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Het zelfstandig functioneren van gehandicapten en ouderen bevorderen door voorzieningen te bieden op het gebied van wonen en vervoer.	X	X	X	X	X

BELEIDSARTIKEL 29: ARBEIDSMARKTBELEID

29.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een beheerste ontwikkeling van de arbeidskosten, een goed en innovatief functionerende arbeidsmarkt en implementatie van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid

Belangrijkste nieuwe maatregel:

- Wij nemen maatregelen om de arbeidsproductiviteit in de zorg te verhogen. Zo willen wij voorkomen dat op lange termijn het aandeel van de werkzame beroepsbevolking in de zorg en welzijnssector te veel toeneemt (29.2.1)

Deze maatregel worden in dit artikel toegelicht.

In 2004 hebben we beleid ingezet om de arbeidsproductiviteit in de zorgsectoren te verhogen. In 2005 zetten we dat beleid voort. Om de arbeidsproductiviteit te verhogen, is het belangrijk dat het innovatieve vermogen van de zorgsector toeneemt. Arbeidsbesparende innovaties kunnen zich op techniek als werkprocessen richten.
Verder gaat het kabinet in de zorg- en welzijnssector net als in 2004, ook in 2005 uit van een gematigde loonkostenontwikkeling. Dat uitgangspunt hanteert het kabinet ook bij andere onderdelen van de collectieve sector. Dit levert een bijdrage aan zowel een gematigde loonkostenontwikkeling in de economie in zijn geheel als een gematigde stijging van de collectieve lasten. Tot die gematigde loonkostenontwikkeling behoort een contractloonstijging van 0%. In die ontwikkeling blijft ook een financiële vergoeding voor de incidentele loonontwikkeling achterwege. Daarnaast stimuleren we dat gesubsidieerde banen in reguliere banen worden omgezet.

Aard van de verantwoordelijkheid
De primaire verantwoordelijkheid voor het arbeidsmarktbeleid ligt bij sociale partners. VWS is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van het voorzieningenniveau. Daarom blijven wij een stimulerende rol vervullen ten aanzien van aspecten in de arbeidsmarkt die het voorzieningenniveau zouden kunnen bedreigen. De grootste bedreiging voor de komende periode is dat de druk vanuit de zorgsector op de arbeidsmarkt door de toenemende zorgvraag zo groot wordt, dat onvoldoende personeel beschikbaar is. Daarnaast dienen wij een bijdrage te leveren aan het kabinetsbeleid om gesubsidieerde banen regulier te maken. Daarvoor is het Convenant Gesubsidieerde Arbeid Zorgsector afgesloten.

Algemeen beeld arbeidsmarkt
Om een algemeen beeld te schetsen van de arbeidsmarktsituatie in de zorg- en welzijnsector, vergelijken we in tabel 29.1 de belangrijkste kengetallen van de zorg- en welzijnssector met die van de hele Nederlandse arbeidsmarkt.

Tabel 29.1 Arbeidsmarkt zorg en welzijn (kengetallen)

	Zorg en Welzijn					
	1998	1999	2000	2001	2002*	2003*
Werkzame personen	925 000	948 000	967 000	1 019 000	1 058 000	1 112000
Fte's	645 000	660 500	675 300	709 100	737 200	762 800
Aantal banen	1 000 000	1 025 000	1 046 000	1 093 000	1 141 000	1 198 000
Ziekteverzuim (% excl. zwangerschap)	7,3%	7,8%	7,8%	7,5%	7,0%	6,2%
Lopende WAO-uitkeringen	90 111	95 906	103 266	109 427	113 738	110 819
Instroomkans WAO	1,9%	1,8%	1,8%	1,9%	1,7%	1,1%
Uitstroomkans WAO	10,2%	9,4%	8,3%	9,1%	10,2%	11,1%
Vacatures (% banen van werknemers)	1,4%	1,7%	2,0%	2,3%	2,0%	1,5%
Vacatures (moeilijk vervulbaar)	0,5%	0,7%	0,9%	1,2%	0,5%	0,3%
index CAO-lonen per uur (1998=100)**	100,0	104,0	107,9	113,8	118,9	122,6
	Nederland					
	1998	1999	2000	2001	2002*	2003*
Werkzame personen	7 743 000	7 946 000	8 124 000	8 291 000	8 325 000	8 294 000
Fte's	6 166 000	6 309 100	6 423 000	6 508 200	6 500 500	6 438 700
Aantal banen	8 194 000	8 400 000	8 583 000	8 715 000	8 775 000	8 747 000
Ziekteverzuim (% excl. zwangerschap)	5,0%	5,4%	5,5%	5,4%	5,4%	4,8%
Lopende WAO-uitkeringen	728 816	744 117	768 779	792 116	802 468	786 111
Instroomkans WAO	1,6%	1,4%	1,5%	1,5%	1,3%	1,0%
Uitstroomkans WAO	10,0%	10,2%	9,0%	9,3%	9,3%	9,5%
Vacatures (% banen van werknemers)	2,0%	2,4%	2,8%	2,7%	2,0%	1,5%
Vacatures (moeilijk vervulbaar)	0,8%	1,2%	1,3%	1,1%	0,4%	0,2%
index CAO-lonen per uur (1998=100)**	100,0	103,3	106,7	111,8	116,0	119,2

Bron: CBS, UWV.

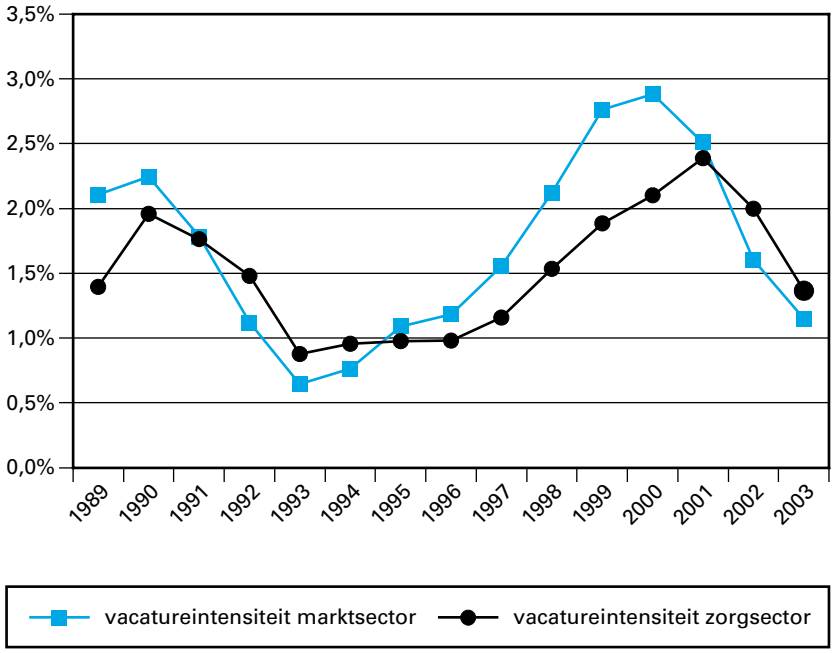
* De jaren 2002 en 2003 zijn voorlopige cijfers.

** inclusief bijzondere beloningen, (1998=100, omgerekend vanuit 1990=100 en 2000=100 door VWS).

De werkgelegenheidsgroei in de zorg- en welzijnssector is nog steeds hoog, wel is het aantal vacatures en het aantal moeilijk vervulbare vacatures afgenomen. Het ziekteverzuim en de WAO-instroom zijn gedaald. De arbeidsmarktpositie van de zorg- en welzijnssector is aanmerkelijk verbeterd ten opzichte van 2000. De economische tegenwind is hiervan voor een deel de oorzaak. In dit kader is het echter met name relevant dat sociale partners en instellingen hun arbeidsmarktbeleid structureel verbeterd hebben.

We moeten ons echter niet in slaap laten wiegen door de huidige economische conjunctuur. Als de economie weer aantrekt, zal vervolgens ook de arbeidsmarkt krapper worden en zal het aantal vacatures weer toenemen. Zoals blijkt uit figuur 29.1 volgt de zorgsector de marktsector, zij het dat de zorgsector wat minder conjunctuurgevoelig is dan de marktsector. De afgelopen vijftien jaar zijn de arbeidsmarktknelpunten in de economie voor een belangrijk deel opgevangen door de groei van de beroepsbevolking (gemiddeld 1,7% per jaar) de komende jaren zal de groei van de beroepsbevolking beduidend lager zijn (hooguit 1,0% per jaar). Door de alsmaar toenemende zorgvraag zal bij ongewijzigd beleid op de langere termijn het beslag van zorg en welzijn op de arbeidsmarkt fors toenemen. Anders gezegd: de arbeidsmarkt is en blijft een achilleshiel van de zorg.

Figuur 29.1: Ontwikkeling vacature-intensiteit marktsector en zorgsector



Bron: CBS, bewerking VWS 2004.

29.2 Operationele beleidsdoelstellingen

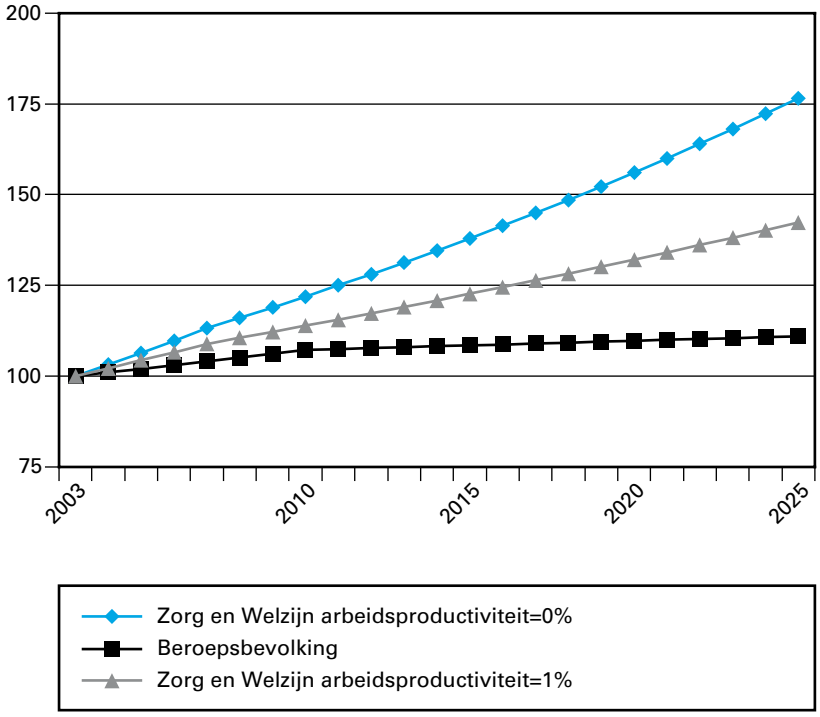
29.2.1 Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg en welzijnssector

Beleidseffecten

Het beoogde beleidseffect is te voorkomen dat in 2025 een percentage van 20% of hoger van de werkzame beroepsbevolking werkzaam is in de zorg en welzijnssector. Op dit moment werken ruim 1 000 000 mensen in de zorg- en welzijnssector, ruim 13% van alle werkzame personen in Nederland. De stijgende zorgvraag, onder andere als gevolg van de vergrijzing, betekent dat in de toekomst het beroep op de arbeidsmarkt alleen maar groter wordt. Figuur 29.2 laat zien dat bij een arbeidsproductiviteitsstijging van 0% de vraag op de arbeidsmarkt in 2025 bijna verdubbeld is, als we de langetermijnprognoses voor de ontwikkeling van de zorgvraag technisch doorrekenen. Aangezien de beroepsbevolking in die periode nauwelijks stijgt, betekent dit dat in 2025 ruim 22% van de beroepsbevolking in zorg en welzijn werkzaam dient te zijn.

De figuur laat tegelijkertijd zien dat bij een jaarlijkse stijging van de arbeidsproductiviteit met 1% in de zorgsector het beslag op de arbeidsmarkt veel lager is. Ook dan zal in 2025 echter nog 18% van de beroepsbevolking in zorg en welzijn werkzaam moeten zijn. Ter illustratie: in de periode 1970 tot heden was de gemiddelde jaarlijkse stijging van de arbeidsproductiviteit in de marktsector circa 2%. In de periode 1999–2002 was de stijging van de arbeidsproductiviteit in zorg en welzijn rond de 0%.

Figuur 29.2: Ontwikkeling werkgelegenheid zorg en welzijn en beroepsbevolking (indexcijfers, 2003=100)



Bron: CPB, bewerking VWS 2004.

De toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg kunnen alleen gehandhaafd worden, als voldoende (opgeleid) personeel instroomt. Het zal echter steeds moeilijker worden de instroom op het gewenste hoge peil te houden. De zorgvraag stijgt immers door de toenemende vergrijzing en de zich ontwikkelende medische technologie. De groei van de beroepsbevolking houdt daarmee geen gelijke tred, waardoor het beslag van de zorgsector op de arbeidsmarkt steeds groter dreigt te worden. Dit laat de kosten van de zorg- en welzijnssector verder stijgen. Dit komt niet alleen door de toenemende zorgvraag, maar nog eens extra doordat de krappe arbeidsmarkt ons ertoe noopt, de lonen extra te verhogen om voldoende personeel aan te trekken. Daarnaast bergt een groeiende zorgsector in zo'n situatie het risico in zich dat er minder mensen beschikbaar komen voor andere deelsectoren. Dat kan ook daar leiden tot loonopdrijving en daardoor vanwege de verminderde concurrentiekracht tot banenverlies in de marktsector. Daarmee zou het (financiële) draagvlak om de toenemende zorgvraag te (kunnen) honoreren wel eens in gevaar kunnen komen.

De uitdaging voor de zorgsector is duidelijk: meer doen met minder mensen. Om dit te bereiken zullen we sterk inzetten op innovaties en verbeteringen in processen, organisatie en techniek, om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Dat is nodig om op langere termijn het voorzieningenniveau op peil te houden. Uiteraard ligt hier vooral een taak voor instellingen en beroepsbeoefenaren zelf. Voor dit voorzieningenniveau vinden wij het echter zeker noodzakelijk dat VWS hierbij stimuleert. VWS moet randvoorwaarden scheppen. Dit stimuleringsbeleid is in principe tijdelijk. Uiteindelijk moet het «systeem» met concurrentie het op de wat

langere termijn mogelijk maken dat instellingen en beroepsbeoefenaren zelf de arbeidsproductiviteit verhogen. Daarbij gaat het om ontwikkeling: ontwikkeling van nieuwe werkprocessen, technieken, organisatievormen en taakherschikking. Anderzijds gaat het ook om verspreiding: hoe zorgen we ervoor dat vernieuwingen en verbeteringen verspreid en toegepast worden.

In 2004 is een werkgroep Interdepartementale Commissie Marktordening (ICM) gestart, die zich bezighoudt met arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg. De werkgroep bekijkt welke (aanvullende) instrumenten ingezet kunnen en moeten worden om instellingen te stimuleren hun beleid ter zake te voeren. De resultaten hiervan worden in 2005 bekend.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Overleg
Om de arbeidsproductiviteit te verhogen, spelen wij hoofdzakelijk een agenderende en ondersteunende rol. In overleg met het veld willen wij arbeidsbesparende investeringen aanmoedigen en stimuleren door onder andere kansrijke initiatieven en projecten te faciliteren.

Subsidies
Daarnaast willen wij op projectmatige basis ook in 2005 de volgende activiteiten ontplooien:
- Stimuleren dat bij innovatietrajecten, gericht op de kwaliteit van dienstverlening, ook het arbeidsbesparende effect meegewogen wordt.
- Innovatietrajecten stimuleren die gericht zijn op arbeidsbesparende effecten.
- Stimuleren dat best practices sneller en vaker nagevolgd worden.

Om dit beleid te concretiseren voeren we in 2004 eerst een nulmeting uit. Van daaruit formuleren we prestatie-indicatoren en subdoelstellingen. Om de beleidseffecten te behalen stellen wij in 2005 € 4 100 000 beschikbaar.

29.2.2 Het regulier maken van gesubsidieerde banen

Beleidseffecten
We willen 2 500 doorstromingen uit gesubsidieerde naar reguliere arbeid per jaar behalen.
In het Convenant Gesubsidieerde Arbeid Zorgsector is overeengekomen dat vanaf 2005 alle betrokken partijen streven naar 2 500 doorstromingen uit gesubsidieerde naar reguliere arbeid per jaar.
In 2003 en in de eerste helft van 2004 heeft de zorgsector meer dan 3200 aanvragen ingediend voor de «Tijdelijke stimuleringsregeling regulier maken 10 000 ID-banen van SZW». Omdat veel aanvragen vlak voor de sluitingsdatum van 1 juli 2004 zijn ingediend en de desbetreffende gesubsidieerde banen nog tot eind 2004 in reguliere banen kunnen worden omgezet, is het op dit moment niet duidelijk hoeveel doorstromingen daadwerkelijk plaatsvinden met behulp van de subsidie van SZW. Zoals het er nu naar uitziet zullen de aanvullingen van VWS op de SZW-regeling volledig worden benut. Nu de subsidieregeling van SZW is afgelopen, kunnen zorgwerkgevers ook voor ex-ID-medewerkers een beroep doen op de subsidie van VWS voor doorstroom van gesubsidieerde medewerkers naar regulier werk in de zorgsector.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies
Wij stellen € 30 miljoen structureel per jaar beschikbaar. Deze middelen wenden we aan voor een stimuleringssubsidie om gesubsidieerde werknemers door te laten stromen naar reguliere banen in het VWS-veld.

29.2.3 Kennis van toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg en welzijnsector en informatie over actuele arbeidsmarktgegevens zodat VWS tijdig de nodige beleidsinformatie beschikbaar heeft

Beleidseffecten
Historisch opgebouwde basisbronnen genereren, verzamelen, bewaren en ontsluiten. Het gaat dan om basisbronnen over onder andere aantallen verplegend en verzorgend personeel en medisch specialisten. Deze kennis past VWS breed toe. Deze kennis is ook nodig voor allerlei bekostigings- en controlevraagstukken, omdat een groot deel van de totale zorgkosten loonkosten zijn.
Verder willen we kennis vergaren door middel van incidenteel onderzoek over toekomstige arbeidsmarktontwikkelingen, waarbij we eveneens informatie voor de prestatie-indicatoren verzamelen voor de eerste operationele doelstelling.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Opdrachten
Om de beleidseffecten te behalen stellen wij € 610 000 per jaar beschikbaar voor onderzoeksopdrachten.

29.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**132 534**	**177 897**	**70 526**	**47 616**	**38 225**	**38 227**	**38 227**
Uitgaven	**197 252**	**191 745**	**64 085**	**47 620**	**38 227**	**38 227**	**38 227**
Programma-uitgaven	**194 133**	**186 715**	**60 902**	**45 154**	**35 761**	**35 761**	**35 761**
Terugdringen personeelstekorten	194 133	158 014	26 000	9 400	0	0	0
Verhoging arbeidsproductiviteit	0	0	4 136	4 988	4 995	4 995	4 995
Regulier maken gesubsidieerde banen	0	28 701	30 156	30 156	30 156	30 156	30 156
Kennis toekomstige ontwikkelingen arbeidsmarkt	0	0	610	610	610	610	610
Apparaatsuitgaven	**3 119**	**5 030**	**3 183**	**2 466**	**2 466**	**2 466**	**2 466**
Ontvangsten	**8 131**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**	**28**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		64 085		47 620		38 227		38 227		38 227
2	Waarvan apparaatsuitgaven		3 183		2 466		2 466		2 466		2 466
3	Programma uitgaven		60 902		45 154		35 761		35 761		35 761
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	41%	25 000	21%	9 400	0%	0	0%	0	0%	0
5	Bestuurlijk gebonden	49%	30 156	67%	30 156	84%	30 156	84%	30 156	84%	30 156
6	Beleidsmatig gereserveerd	8%	4 710	10%	4 710	13%	4 710	13%	4 710	13%	4 710
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	2%	1 036	2%	888	3%	895	3%	895	3%	895
8	Totaal	100%	60 902	100%	45 154	100%	35 761	100%	35 761	100%	35 761

De juridisch verplichte middelen vloeien voort uit de verwerking van de afspraken die zijn gemaakt met sociale partners over de beëindiging van de structurele subsidierelatie met de sectorfondsen per 1 januari 2005. De bestuurlijk gebonden middelen zijn bestemd voor het regulier maken van gesubsidieerde banen zoals is verwoord in paragraaf 29.2.2. De beleidsmatige reserveringen betreffen de beleidsvoornemens voor de verhoging van de arbeidsproductiviteit en voor het kennis- en informatiebeleid van de arbeidsmarkt in de zorg en welzijnssector zoals is verwoord in paragraaf 29.2.1 respectievelijk paragraaf 29.2.3.

29.4 Evaluatieprogrammering

Tabel 29.2: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Een beheerste ontwikkeling van de arbeidskosten, een goed en innovatief functionerende arbeidsmarkt en implementatie van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid.					
Operationele doelstelling 1 Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg en welzijnssector	Wat betreft de verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg- en welzijnssector wordt in 2004 eerst een nulmeting uitgevoerd, van waaruit prestatie indicatoren worden geformuleerd. Vervolgens zal de ontwikkeling van de prestatie indicatoren jaarlijks worden gemonitord.				
Operationele doelstelling 2 Het regulier maken van gesubsidieerde banen	In het Convenant Gesubsidieerde Arbeid Zorgsector is afgesproken dat het convenant in 2006 zal worden geëvalueerd. Convenantspartijen willen al begin 2005 zicht hebben op de realisatie van afspraken. In het najaar van 2004 zal daarom een tussenstand worden opgemaakt.				
Operationele doelstelling 3 Kennis van toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg en welzijnsector en informatie over actuele arbeidsmarktgegevens zodat VWS tijdig de nodige beleidsinformatie beschikbaar heeft.	In 2004 vindt een heroriëntatie plaats op de wijze van monitoring van de arbeidsmarkt in de zorg en welzijnssector. Vanaf 2005 zal de monitoring in gewijzigde vorm worden voortgezet.				

BELEIDSARTIKEL 30: MARKTORDENING, OPLEIDINGEN, INFORMATIE-, KWALITEITS- EN PATIENTVEILIGHEIDSBELEID

30.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het ordenen van de zorg en het stimuleren van actoren en activiteiten, zodat een voldoende, kwalitatief hoogwaardig, veilig en doelmatig zorgaanbod ontstaat waarbij de geïnformeerde burger bewuste keuzes kan maken

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- De zelfstandige bestuursorganen in topstructuur van zorgsector herzien, waaronder de vorming van de Zorgautoriteit per 1 januari 2006 (30.2.1).
- Vrije prijsvorming of andere prijsvorming inzetten om doelmatigheid te belonen, als de marktsituatie in de deelmarkt dat toelaat (30.2.1).
- Informatievoorziening over prestaties en ontwikkelingen in de zorg versterken (via prestatie-indicatoren en beter VWS-opdrachtgeverschap) (30.2.3).
- Administratieve lasten verder verminderen (uiteindelijk 25% in 2007) (30.2.3).
- Regels stellen voor bestuursstructuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen (governance) (30.2.1).
- Portal met informatie over gezondheidszorg voor burgers ontwikkelen in 2005 (30.2.2).
- Functie- en prestatiegericht subsidiebeleid ontwikkelen voor organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen per 1 januari 2006 (30.2.2).
- Landelijk actieprogramma uitvoeren voor de kwaliteit in ziekenhuizen (programma Sneller Beter) (30.2.4).
- Landelijke actieprogramma's verbreden naar care, eerste lijnsgezondheidszorg en collectieve preventie, en de kwaliteit van diabeteszorg verbeteren (30.2.4).
- Elektronisch medicatiedossier, elektronische toegang tot huisartsendossier en 100% elektronisch declaratieverkeer ontwikkelen en implementeren (30.2.4).
- Kennis opbouwen voor bewustwording patiëntveiligheid (30.2.4).
- Nieuwe bekostigingssystematiek voor de opleidingen implementeren (30.2.5).
- Nieuwe agenda Ethiek en gezondheid uitbrengen (30.2.6).

Deze maatregelen worden in dit artikel toegelicht.

In het hoofdlijnenakkoord heeft het kabinet vastgelegd dat de behoeften van zorggebruikers in de zorg centraal behoren te staan. Om dit mogelijk te maken, wijzigen we de sturing van de zorg. Daarom vervangen wij in een verantwoord tempo de centrale aanbodsturing door gereguleerde marktwerking. Daarnaast bevorderen wij de doelmatigheid binnen de zorg om het zorgstelsel te kunnen behouden.

Het is onze bedoeling dat op 1 januari 2006 de standaardverzekering curatieve zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning van kracht zijn. Deze nieuwe wetten en de modernisering van de AWBZ stellen andere eisen aan de rollen, verantwoordelijkheidsverdelingen en sturing(relaties) in de zorg. Dit voeren wij beheerst door, zodat verzekeraars, aanbieders en gebruikers van zorg zich kunnen aanpassen aan meer marktwerking. De overheid creëert daarbij de randvoorwaarden, de prikkels en de ruimte waarbinnen de partijen in de zorg zelf hun verantwoordelijkheid kunnen nemen. In dit beleidsartikel vindt u de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de zorg.

Het stimuleren van vernieuwingen in de zorg is een ander thema in dit beleidsartikel. Met de inzet van ICT is het mogelijk om de kwaliteit van de

zorg te verhogen, de toegang tot de zorg te verbeteren, de wachttijden terug te dringen en de administratieve lasten te beperken. Door slimmer, doelmatiger en met hogere kwaliteit in de zorg te opereren, wordt de zorg uiteraard ook kostenefficiënter.
Een goede gezondheidszorg is alleen mogelijk met voldoende personeel dat goed is opgeleid. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is een moderne beroepenstructuur met voldoende opleidingscapaciteit die aansluit op de behoefte in de zorg. Het moet immers aantrekkelijk worden om goede opleidingen aan te bieden en te volgen.
Het is van belang het ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek te bevorderen. Dat is nodig, omdat nieuwe ontwikkelingen de zorg veranderen, maar ook ethische vragen kunnen oproepen.

In de beleidsagenda van deze begroting hebben we de hoofdlijnen van het herziene (project)-subsidiebeleid uiteengezet. In paragraaf 30.3 vindt u meer over de uitwerking voor de clusters informatievoorziening en kwaliteit.

Aard van de verantwoordelijkheid voor 30.2.1 t/m 30.2.3
Het kabinet creëert de randvoorwaarden waarbinnen de partijen in de zorg zelf hun verantwoordelijkheid kunnen nemen. Die randvoorwaarden zijn onder andere: het aanpassen van wet- en regelgeving, informatievoorziening en het inrichten van uitvoerings- en toezichtorganisaties. Het kabinet werkt hierbij intensief samen met vertegenwoordigers van patiënten/verzekerden, verzekeraars en aanbieders.

30.2 Operationele beleidsdoelstellingen

30.2.1 «Slim» regelen van de zorg met goed bestuur

De overheid is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Het kabinet heeft als doel de zorg doelmatiger te organiseren. Daarvoor laten we de centrale regulering los en laten we meer over aan de veldpartijen zelf. Een krachtige markttoezichthouder/regulator zal deze verandering begeleiden en er toezicht op houden. Daar waar marktwerking in de zorg mogelijk is, moeten we dat met zo weinig mogelijk regels en goed toezicht realiseren. Marktordening is een belangrijk onderdeel van het sturingsvraagstuk. Marktordening gaat over de mate waarin vrijheid geboden kan worden en waarin regulering van de prijsvorming en de capaciteitsuitbreiding van het zorgaanbod (toelating) nodig is. Ook gaat het over het toezicht op het gedrag van partijen bij mededinging, prijsvorming, bouw en bestuurlijke organisatie.

Beleidseffecten
We willen bereiken dat alle zorginstellingen in 2005 een deugdelijke bestuursstructuur en een transparante bedrijfsvoering hebben, zoals voorgeschreven in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi, TK 2003–2004, 27 659). De directe aansturing van de drie zorgmarkten (inkoop, verzekeraars, aanbod) beperken wij tot het aanbrengen van prikkels en het vormgeven van de organisaties die hierin een functie vervullen. Ook inventariseren wij de functies die we niet aan marktpartijen kunnen overlaten. Van de organisaties[1] die op dit moment het stelsel én de gemoderniseerde AWBZ sturen en uitvoeren, herzien we de functies. Hierbij volgen we de resultaten van de herpositionering op basis van de jaarverantwoordingen van de betrokken organisaties met prestatie-

[1] Het gaat om de Stichting Uitvoering Omslagregelingen (SUO), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ), het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)/Zorgautoriteit in oprichting (Zaio).

indicatoren per activiteit. Hierbij streven we naar een positief oordeel over het functioneren van deze organisaties.

Dit toezicht moet voldoende inzicht geven in het beleid en het moet een goede basis geven om het beleid voort te zetten of aan te passen. We laten de VWS-toezichtarrangementen aansluiten op de kaderstellende kabinetsvisie op toezicht. Ook streven we naar een positief oordeel in zelfevaluaties, interdepartementale onderzoeken en Rekenkamer-onderzoeken.

Verder willen we de uitgaven van de zorg beheersen en dit verbinden aan de exploitatie van zorginstellingen en vrije beroepsbeoefenaren.
We streven er dan ook naar dat de uitgaven van de zorg binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) blijven. Deze kostenontwikkeling bezien wij ook in internationaal perspectief.

We streven ernaar zo spoedig mogelijk de randvoorwaarden te creëren die het mogelijk maken de productiecapaciteit en hiermee samenhangende investeringen te bepalen door partijen die bij de zorgverlening betrokken zijn. Dat wil zeggen: voor zover de marktsituatie op de verschillende deelmarkten dat toelaat. Instellingen en beoefenaars van een vrij beroep leveren zorgaanbod met een cruciale functie. De beschikbaarheid en fysieke bereikbaarheid van dat zorgaanbod willen wij efficiënt reguleren. We streven ernaar dat de volgende indicatoren niet verslechteren:

- het aantal Nederlanders dat hulp kan krijgen binnen de bereikbaarheidsnormen acute zorg (45 minuten);
- het aantal zorginstellingen dat een opleidingsfunctie en/of andere speciale functie vervult en de spreiding ervan.

We streven naar heldere verantwoordelijkheden en bevoegdheden van overheid en partijen, waarbij bevoegdheden op het laagst mogelijke niveau liggen, zo dicht mogelijk bij de burger/patiënt/verzekerde. Als de marktsituatie in een deelmarkt dat toelaat is het aantal deelmarkten met vrije prijsvorming of andere prijsvorming, waarbij efficiency wordt beloond, toegenomen. Monitoring geschiedt aan de hand van informatie van het CTG/Zaio.

Ook in een situatie met meer marktwerking en grotere risico's voor zorginstellingen dient de financierbaarheid van investeringen in de zorgsector gewaarborgd te zijn. Wij moeten adequaat kunnen ingrijpen als de continuïteit van zorg wordt bedreigd. We streven naar zoveel mogelijk samenhang in de saneringsinstrumenten.
In 2005 wordt € 75,9 miljoen aan premiemiddelen ingezet ter verwezenlijking van deze operationele doelstelling.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

- Om de bestuursstructuur van zorginstellingen te verbeteren, werken we de aanbevelingen in het rapport van de commissie-Meurs uit. De WTZi bevat regels over de bestuursstructuur en bedrijfsvoering van zorginstellingen. In het najaar 2004 starten we met de actiepunten van de brief «Stand van zaken health care governance», die we op 1 juli 2004 aan uw Kamer hebben gezonden. Met (veld)partijen beleggen we een besloten vervolgconferentie «Governance in de zorg» om de gemaakte afspraken te evalueren.

- De zbo's in de topstructuur van de zorgsector hervormen we door functies te herzien en taken opnieuw te formuleren en te clusteren (bijvoorbeeld de Zorgautoriteit in oprichting).
- We voeren de verbetervoorstellen door die in de zelfevaluaties van de toezichtarrangementen van VWS gedaan zijn. Ook ontwikkelen we een VWS-brede visie op de aansturing van en het toezicht op zbo's. Daarbij passen we de uitkomsten toe van het interdepartementaal onderzoek naar toezicht en aansturing van zbo's, rechtspersonen met een wettelijke taak en overheidsgerelateerde stichtingen. Daarbij betrekken we ook het kabinetsstandpunt in het Interdepartementaal Beleidsonderzoek naar verzelfstandigde organisaties op rijksniveau.

Premiegerelateerde instrumenten
- Om de kosten te beheersen maken we gebruik van het goed- en afkeuren van beleidsregels op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), geven we zo nodig aanwijzingen aan het CTG en keuren we de bouwmaatstaven op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Ook stellen wij de bouwprioriteiten vast.
- We laten de productiecapaciteit zo veel mogelijk over aan partijen door de herziening van het overeenkomstenstelsel (HOZ, TK 2003–2004, 28 994). Hierbij gaat het met name om het opheffen van de plicht voor zorgverzekeraars om zorgaanbieders te contracteren en het afschaffen van de zogeheten UVO/modelovereenkomst. Ook de invoering van de WTZi en de daarmee samenhangende AMvB's is hiervoor noodzakelijk. De WTZi is verder het voornaamste instrument om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg te reguleren. De invoering van beide wetten is voorzien op 1 januari 2005.
- De voornaamste aanzet voor een efficiënte prijsvorming hebben we met de WTG-express gedaan (TK, 2003–2004, 29 379). Daarnaast zijn van belang: de Wet op de Zorgautoriteit, de wijziging van de Ziekenfondswet in verband met de herziening van het overeenkomstenstelsel en de inzet van beleidsregels op grond van de WTG.
- Het Waarborgfonds, een initiatief van het veld, vervult een belangrijke rol bij de financierbaarheid van investeringen. VWS kan daarnaast door middel van saneringssteun ingrijpen, als de continuïteit van zorg daadwerkelijk in gevaar is. Daarbij compenseert de overheid met een subsidie (planschadecompensatie) dan de kosten die verbonden zijn aan de gedwongen sluiting of capaciteitsvermindering.

30.2.2 Een goed evenwicht in de (markt-)posities van zorgaanbieders en zorggebruikers

De werking van markten is erbij gebaat dat alle betrokken partijen weten wat er in die markten gebeurt. Daarbij is het belangrijk een goede balans te vinden tussen de verschillende belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Het is dan ook ons doel de positie van zorggebruikers ten opzichte van zorgaanbieders te versterken, zodat marktpartijen gelijkwaardiger worden.

Beleidseffecten
We streven naar een betere werking van de patiëntenwetten (WGBO, WMCZ, WKCZ) in de praktijk. De rechtspositie van patiënten moet aansluiten bij de Zorgverzekeringswet en de gemoderniseerde AWBZ. Dit monitoren we aan de hand van signalen vanuit zorggebruikersorganisaties en informatie over klachten.

Door een functie- en prestatiegericht subsidiebeleid per 1 januari 2006 worden subsidies verstrekt aan organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen, afhankelijk van de prestaties die ze leveren of functies die ze uitvoeren. Jaarlijks beoordelen we het functioneren van het Fonds PGO (patiënten-, gehandicapten-, en ouderenbonden).

Burgers kunnen betrouwbare informatie over de zorg krijgen via een portalwebsite, een portaltelefoonnummer en loketten (gemeente, bibliotheek). Zo kunnen burgers prestaties van zorgverzekeraars en zorgsaanbieders vergelijken. We streven ernaar dat de portalwebsite eind 2005 vergelijkende informatie bevat over verzekeraars, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, GGZ, gehandicaptenzorg en zo mogelijk nog meer sectoren.

Om een goed evenwicht in marktposities te bereiken, moet de toetreding gemakkelijker worden. De belemmeringen die zorginstellingen en vrije beroepsbeoefenaren tot de markt kunnen hebben, proberen we dan ook zo veel mogelijk weg te nemen. Ontwikkelingen in de manier van toetreden kunnen gemeten worden aan de hand van gegevens van het CVZ en gegevens uit het BIG-register.

Verder willen we dat de keuzemogelijkheden voor zorggebruikers worden vergroot. Een eerste indicator hiervoor vormt de totale omzet aan restitutie en de zorgkosten van de zorgvormen. Die omzet geeft aan hoeveel verzekerden naar niet-gecontracteerde aanbieders gaan en geeft daarmee iets aan over het inkoopbeleid van een verzekeraar en de mogelijkheden voor verzekerden. Dit volgen we aan de hand van uitgaven door verzekerden, zowel ziekenfonds als particulier. Voor het totaal-overzicht aan restitutie moeten we ook eigen betalingen in beeld brengen. Een tweede indicator is de mobiliteit van verzekerden op de verzekeringsmarkt. Het aantal verzekerden dat wijzigt van verzekeraar (we noemen dit ook wel «stemmen met de voeten») geeft aan of verzekerden tevreden zijn met het contracteer- en vergoedingenbeleid van verzekeraars.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

- Voor het patiëntenbeleid hebben we als instrument de patiëntenwetgeving (WGBO, WMCZ en WK-CZ) waarvan we de werking verbeteren door activiteiten van veldpartijen (KNMG en CBO) te ondersteunen om hun achterban te helpen hun rol in de patiëntenwetgeving op te pakken. Daarnaast verbeteren wij de aansturing van en het toezicht op het Fonds PGO door jaarlijkse kaderbrieven met onder andere aandacht voor de subsidiëring op afstand en functiefinanciering. We implementeren het consumenteninformatiebeleid door de informatie te bundelen die al beschikbaar is, door bestuurlijke afspraken met veldpartijen te maken, door een informatie-infrastructuur te realiseren via de portalorganisatie en zo nodig door een (wettelijke) verplichting tot het beschikbaar stellen van consumenteninformatie in te stellen.

Premiegerelateerde instrumenten

- De belemmering voor toetreding heffen we zo veel mogelijk op door de WTZi en de Wet op de Zorgautoriteit in te voeren en het toezicht van CTG/Zaio te wijzigen.
- De keuzemogelijkheden voor gebruikers vergroten we door restitutie gedeeltelijk te introduceren in plaats van verstrekking in natura (zie

Wetsvoorstel herziening overeenkomstenstelsel) en de contracteerplicht van bepaalde zorgvormen in fasen af te schaffen.

30.2.3 Alle partijen in de zorg hebben voldoende informatie over de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van het zorgaanbod

Om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren, hebben we beter inzicht in de prestaties van de zorg nodig. Anders gezegd: wij willen weten wat er met de publieke middelen in de zorg gebeurt. Daarbij moet de administratieve belasting om dit inzicht te krijgen zo laag mogelijk zijn. Dat is een zaak voor VWS, zelfstandige bestuursorganen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorggebruikers.

Beleidseffecten

We willen dat er een samenhangend beeld ontstaat van de prestaties in de zorg en de verschillende zorgmarkten (inkoop, verzekeraars en aanbod). Ook moeten de maatschappelijke ontwikkelingen die relevant zijn voor de zorg en de daadwerkelijke effecten van beleid duidelijk worden. Voor 2006 streven we dan ook naar een jaarlijkse rapportage over de prestaties van zorgaanbieders op macroniveau op basis van indicatoren. Deze rapportage vervangt de brancherapporten. Daarbij streven we naar rapportages over de zorgmarkten en de maatschappelijke ontwikkelingen die de politiek en het veld erkennen. Dit monitoren we door producten en instellingen bij de gebruikers periodiek extern te evalueren. We willen namelijk een zodanige informatievoorziening in de zorg dat een wet op de informatievoorziening niet aan de orde hoeft te zijn.

Vanaf 2006 willen we jaarlijks een integrale maatschappelijke verantwoording door iedere zorgaanbieder in plaats van de huidige afzonderlijke verslagen. Daarbij streven we ernaar dat iedere instelling jaarlijks op tijd het verantwoordingsdocument publiceert. Ook willen we de administratieve lasten[1] in deze kabinetsperiode met 25% verminderen. Dit betekent een lastenvermindering van € 310 miljoen in 2007. De mutaties meten we jaarlijks. Tot slot willen we dat de beschikbaarheid van gegevens voor marktwerking, verantwoording en toezicht en beleidsontwikkeling is gegarandeerd. Hiertoe zullen wij deze beschikbaarheid per deelmarkt evalueren.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

- We willen een samenhangend beeld bereiken door de Balanced Scorecard in te zetten en de Volksgezondheidsinformatie en processen in de zorg daaraan te koppelen. Daarnaast maken we gebruik van analyses door verschillende organisaties, strategische beraden en kennisnetwerken van VWS.
- Instellingen zijn nu verplicht om meerdere verantwoordingsdocumenten te vervaardigen. VWS bekijkt of de huidige informatievragen nog relevant zijn of kunnen worden samengevoegd, zodat vanaf 2006 (het verslagjaar 2005) verantwoording wordt afgelegd in één document.
- We voeren het plan van aanpak uit om de administratieve lasten te verminderen. Daarbij gaat het onder meer om het afschaffen van de procedurele toegangsvoorwaarden tot de zorg, het digitaliseren van het declaratieverkeer en de regels voor bouw en jaarverantwoording. Dit plan kent ook maatregelen om de administratieve lasten bij nieuwe regels te beperken. De totale administratieve last van VWS van € 3,2

[1] De definitie van administratieve lasten is: de kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

miljard komt voor 60% voort uit internationale verplichtingen, met name van de Europese Unie. In 2005 wordt € 85 miljoen aan administratieve lasten verminderd (waarbij de cumulatieve reductie op € 135 miljoen komt). De additionele reductie van € 85 miljoen bereiken wij door de volgende activiteiten. De vereenvoudiging van de regelgeving rond de bouw levert € 15 miljoen op. Op het terrein van de machtigingen en de procedurele toegangsvereisten van de ziekenfondswet worden enerzijds de machtigingen verder beperkt en anderzijds worden de handelingen door middel van ICT-inzet vereenvoudigd. In totaal levert dit € 40 miljoen op. Het stroomlijnen van het declaratieverkeer levert in 2005 € 30 miljoen aan administratieve lastenbesparing op. Daarnaast ontplooien we ook extra activiteiten om de administratieve lasten verder te verminderen. Dit doen we door een «Europa-agenda» uit te voeren, door een clusteraanpak vleeskeuring en door op meer terreinen van ICT gebruik te maken.

Premiegerelateerde instrumenten
Om de beschikbaarheid van wetgeving te garanderen, maken we onder andere gebruik van wetgeving en WTG-(beleids)regels, gerelateerd aan de invoering van nieuwe bekostigingssystemen (AWBZ, DBC's). Daarnaast stimuleren en organiseren we datawarehousing en meervoudig gebruik van gegevens. De mate van standaardisatie van gegevens is hiervoor een indicator.

30.2.4. Gebruik van zinvolle vernieuwingen in de zorg vanuit de invalshoeken van ICT, kwaliteit, doelmatigheid en patiëntveiligheid

Onder deze operationele doelstelling vallen vier onderwerpen: informatie- en communicatietechnologie (ICT), kwaliteit, doelmatigheid en patiëntveiligheid.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn verantwoordelijk voor het creëren en bewaken van de randvoorwaarden om zinvolle vernieuwingen in de zorg vanuit de invalshoeken van ICT, kwaliteit, doelmatigheid en patiëntveiligheid zo goed mogelijk te waarborgen. Doelmatige, kwalitatieve en veilige zorg verlenen is primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn als inkopers van zorg verantwoordelijk voor de inkoop van effectieve, doelmatige en veilige zorg.

a. Informatie- en communicatietechnologie

Beleidseffecten
Met ICT verbetert de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid, besparen we kosten en verminderen we de administratieve lasten. Daarnaast wordt het werk met behulp van ICT voor professionals in de zorgsector aantrekkelijker gemaakt. Zorgverleners moeten met ICT-ondersteuning onafhankelijk van tijd en plaats over de juiste informatie beschikken. In 2006 moet het landelijk elektronisch medicatiedossier klaar zijn waarmee iedere voorschrijver en verstrekker van geneesmiddelen elektronisch inzage heeft in het actuele medicatiedossier van de patiënt. Ook maken we een 100% elektronisch declaratiesysteem en een elektronische toegang tot de waarneeminformatie voor huisartsen. In 2005 werken we aan de benodigde infrastructuur en de voorwaarden om deze doelen in 2006 te kunnen realiseren. Daarbij willen wij dat er veilig gecommuniceerd wordt in de zorg. Met behulp van unieke persoonsnummers kunnen

alleen geautoriseerde personen de beschikbare gegevens gebruiken. Het gebruik van deze nummers en de beveiliging wordt in wetgeving vastgelegd die we in 2005 afronden. In 2005 starten we verder met een register voor een Uniek Zorgverleners Identificatienummer (UZI-register) en een register van verzekeraars door middel van een Uniek Zorgverzekeraars Identificatienummer (UZOVI).

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies

- NICTIZ

Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) werkt aan een geschikte infrastructuur, zodat in 2006 het landelijk elektronische medicatiedossier beschikbaar is. De sector is hier zelf verantwoordelijk voor. NICTIZ speelt ook een belangrijke rol in het implementatietraject. NICTIZ ontvangt hiervoor een subsidie van € 9 miljoen.

- NEN

Een passend beveiligingsniveau is een vereiste om gegevens uit te wisselen. Als uitgangspunt daarvoor zal de recent vastgestelde norm voor informatiebeveiliging in de zorg gaan gelden, de NEN 7510. Daarvoor moeten we de norm eerst uitwerken in toetsbare voorschriften. Het NEN ontvangt in 2005 een subsidie van maximaal € 500 000 om de noodzakelijke uitwerking in toetsbare voorschriften in 2005 af te ronden. Het gaat hierbij om toepassing in de zorg, waarbij nationale en internationale standaarden en uitwerking de basis bieden. Ook zal het NEN in 2005 het vertrouwensmodel van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) normaliseren.

Bijdrage aan agentschappen

- Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)

Een zorgidentificatienummer wordt verplicht gesteld als partijen gegevens in de zorg uitwisselen. Het terrein waarop het nummer verplicht wordt gesteld, omvat zowel het medisch-inhoudelijk communicatieverkeer als het administratieve verkeer in de zorg. De hiervoor vereiste registratie valt onder verantwoordelijkheid van de overheid. Bij de ontwikkeling van zorgidentificatienummers wordt aangesloten bij het implementatietraject van het Burger Service Nummer. De voorbereidingen worden door de baten-lastendienst CIBG uitgevoerd. In 2005 scheppen we samen met het CIBG de voorwaarden om het Burger Service Nummer (BSN) in de zorg te gebruiken en om het Uniek Zorgverleners Identificatienummer (UZI) uit te rollen. Het CIBG ontvangt voor bovenstaande werkzaamheden in 2005 een bijdrage van maximaal € 9 miljoen. De sector is zelf verantwoordelijk voor de werkzaamheden.

Wet- en regelgeving

VWS bereidt een voorstel voor een wet op het gebruik van het BSN in de zorg voor. Deze wet zal naar verwachting per 1 januari 2006 in werking treden.

Voorlichting
De voorlichting en communicatie van ICT in de zorg maken deel uit van het werkplan van het NICTIZ. Voor de wetgeving zal de overheid met een aanvullend voorlichtingsplan komen, als dat wenselijk is.

b. Kwaliteit van zorg

Beleidseffecten
Wij streven een goede kwaliteit van zorg na. De zorgaanbieder is daarbij verantwoordelijk om goede zorg te leveren. Door de kwaliteit van zorg te verbeteren wordt het werk in de zorg aantrekkelijker en wordt geld doelmatiger besteed. Wij streven ernaar om de zorgkwaliteit een integraal onderdeel van het contracteerbeleid van verzekeraars te laten zijn. Met tijdelijke, resultaatgerichte actieprogramma's ontwikkelen we goede praktijken in de zorg. Denk hierbij aan patiëntveiligheid, -logistiek en klantvriendelijkheid. Dat doen we bijvoorbeeld door landelijke actieprogramma's, gericht op de care, ziekenhuizen (programma Sneller Beter), eerstelijnsgezondheidszorg en collectieve preventie uit te voeren. Ook willen we de kwaliteit van diabeteszorg verbeteren.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Bijdrage aan ZBO's

- ZonMw

De Landelijke Actieprogramma's Kwaliteit Innovatie en Doelmatigheid (LAK) werken de actiepunten van de zogeheten Kwaliteitsbrief (TK 2002–2003, 28 439, nr.2) uit. Hiermee voeren we innovaties die zich in de praktijk hebben bewezen sneller in. Per sector stellen we daartoe deelprogramma's op. De coördinatie van het deelprogramma ziekenhuizen is ondergebracht bij ZonMw. Wij stellen in 2005 € 2,6 miljoen beschikbaar, waarvan € 1,6 miljoen uit de middelen van het programmacluster Kwaliteit. Voor de ziekenhuissector vormt het deelprogramma een van de drie pijlers van het programma Sneller Beter. Na dit deelprogramma moet in 20% van de ziekenhuizen de patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek, het leiderschap en de organisatie verbeterd zijn. De resultaten zullen dusdanig voorbeeldgevend zijn dat de andere ziekenhuizen in Nederland geprikkeld worden om daarbij aan te sluiten. Vanaf het begin is de overdracht van methodieken en resultaten onderdeel van dit programma, zodat de resultaten structurele verbeteringen geven. Ook voor de overige zorgsectoren worden sectorale plannen van aanpak (LAK-deelprogramma's) opgesteld.

Wet- en regelgeving
De Kwaliteitswet zorginstellingen vormt de basis voor het kwaliteitsbeleid. Wij bereiden een evaluatiestudie voor naar de doeltreffendheid en de effecten van de Kwaliteitswet op zorginstellingen. De evaluatie in 2005/2006 is een vervolg op de evaluatie uit 2001.

Premiegerelateerde instrumenten

- College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) implementeert het programma Zorgverbetering en Doelmatigheid. Het programma is gericht op de

zorgverzekeraar en biedt instrumenten om in contracten tot concrete afspraken te komen over de kwaliteit van de te leveren zorg.

c. Doelmatigheid van zorg

Beleidseffecten
Door de doelmatigheid van nieuwe technologieën sneller in beeld te brengen kan een doelmatigere en betere zorg worden geleverd. Zorgverzekeraars zullen worden betrokken bij de prioriteitstelling van het doelmatigheidsonderzoek en kunnen die kennis gebruiken in hun contracteerbeleid.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Bijdrage aan zbo's

- ZonMw

Besluiten over toelating en verwijdering uit het verzekerde pakket moeten zo veel mogelijk op basis van kennis over de doelmatigheid van de desbetreffende technologie genomen worden. Als een zorginstelling een nieuwe technologie aanschaft of bepaalde technologieën bij bepaalde groepen patiënten gebruikt, dan moet zij daarvoor kennis over doelmatigheid gebruiken. Vanaf 2005 betrekt VWS de relevante partijen dan ook nauw bij de te stellen prioriteiten om het doelmatigheidsonderzoek te programmeren. Als uitgangspunt voor de programmering van het doelmatigheidsonderzoek ontwikkelt ZonMw een transparant proces van prioriteitstelling.

Wet- en regelgeving
De Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) vormt de basis voor een doelmatig aanbod van aangewezen bijzondere medische verrichtingen. In 2005 evalueren we de doeltreffendheid en de effecten van de Wet op bijzondere medische verrichtingen in de praktijk.

d. Patiëntveiligheid

Beleidseffecten
Wij willen de veiligheid voor de patiënt vergroten en daarmee ook het aantal vermijdbare sterfgevallen omlaag brengen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg vermoedt dat het hierbij jaarlijks om ongeveer 1500 vermijdbare sterfgevallen gaat. Kennisontwikkeling en -deling zijn noodzakelijk om bewust te worden van de omvang van de onveiligheid waaraan patiënten blootgesteld worden. We willen een open en transparante omgeving waarin fouten gesignaleerd worden. Door van deze fouten te leren, vergroten we de veiligheid. In 2005 richten wij ons vooral op de noodzakelijke stap naar grotere patiëntveiligheid. Onlangs heeft de minister de heer Willems, president-directeur van Shell Nederland, geïnstalleerd als gezant voor dit thema van het programma Sneller Beter.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies

- Raad voor het Gezondheidsonderzoek

VWS heeft de Raad voor het Gezondheidsonderzoek gevraagd te adviseren over kennislacunes op het terrein van patiëntveiligheid.

Toezicht
De Inspectie zal in de Staat van de Gezondheidszorg 2004 verslag doen van de medicatieveiligheid.

Overleg
Ervaringen vanuit het buitenland laten het nut zien van commissies die gezaghebbend zijn op het terrein van patiëntveiligheid. Ook zijn in het buitenland vrijwillige – blame free – meldsystemen (van het veld voor het veld) opgezet voor fouten en «bijna-ongelukken». Daarin worden de locale meldingen geordend, geanalyseerd en omgezet in beleidsadviezen voor het veld, zonder dat deze meldingen meteen repercussies hebben. Wij bekijken in hoeverre zoiets ook in ons land mogelijk is.

30.2.5. Een moderne beroepenstructuur en een evenwichtige capaciteit aan zorgverleners

Beleidseffecten

- Meer zorgverleners en taakherschikking

Wij willen de capaciteit van medische opleidingen verruimen. Daarmee willen we de personeelstekorten in de zorg opheffen, de wachttijden voor de behandeling van ziekten met levensbedreigende risico's terugdringen en het beleid van vraaggestuurde zorg gestalte geven. Naast artsen zijn daartoe ook andere beroepskrachten nodig, zoals verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en zorgverleners in medisch-ondersteunende functies. Alleen meer opleiden zal op korte termijn niet voldoende zijn. Daarom zetten wij ons in voor taakherschikking tussen de verschillende beroepsgroepen en maken we gebruik van nieuwe beroepen zoals de physician assistant en de nurse practitioner.

- Modernisering van de opleidingen

Samen met betrokken partijen willen we de opleidingen en de beroepenstructuur in de zorg vernieuwen. Daarbij willen we de huidige versnipperde verantwoordelijkheid en verdeelde belangen aanpakken, zodat de betrokken partijen de opleidingen- en beroepenstructuur slagvaardig kunnen moderniseren. Om die reden is de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg ingesteld.

- Implementatie nieuwe bekostigingssystematiek van opleidingen

De huidige bekostiging- en financieringssystematiek voor opleidingen in de zorgsectoren bevat voor zorginstellingen onvoldoende prikkels om op te leiden. Er moet een nieuwe transparante systematiek komen die dat wel stimuleert: het opleidingsfonds. In de instellingsbudgetten zitten nu opleidingsmiddelen die niet alle instellingen volledig gebruiken om op te leiden. De systematiek van het opleidingsfonds moet dit «free-ridergedrag» voorkomen. De kerntaak is: doelmatig passende vergoedingen toekennen aan instellingen die voor de zorg opleiden of opleidingen

ontwikkelen. De stappen die aangekondigd zijn in de brief van 5 december 2003 (TK 2003–2004, 29 282, nr. 3), zullen samen met de veldpartijen worden uitgevoerd om per 2006 het opleidingsfonds te starten.

- Professionalisering van verplegende en verzorgende beroepen

Wij zien de verpleegkundige en verzorgende als kernberoepen in de zorg. Wij willen hun beroepsuitoefening meer op wetenschappelijke leest schoeien, het kwaliteitsbeleid bevorderen en de opleidingen en de beroepsuitoefening meer op elkaar afstemmen. Ook willen we deze beroepen aantrekkelijker maken door het imago te verbeteren.

Aard van de verantwoordelijkheid

Het opleiden in de zorg is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de partijen in het veld. Wij zijn indirect verantwoordelijk. De minister van OCW gaat over de basisopleidingen[1] zoals de opleiding tot basisarts en ook over de initiële opleidingen voor middelbaar en hoger beroepsonderwijs, variërend van verzorgenden en verpleegkundigen tot paramedici. Wij zijn verantwoordelijk voor het systeem van vervolgopleidingen, zoals de opleiding tot huisarts of medisch specialist. Op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) zijn wij verantwoordelijk voor de beroepsvereisten die worden gesteld aan de beroepsbeoefenaren.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Subsidies

- Opleiding verloskunde

Vanuit de VWS-begroting financieren wij de opleidingscapaciteit voor het studiejaar 2004–2005. Deze is geraamd op 220 nieuwe eerstejaarsstudenten.

Tabel 30.1: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen

Prestatie-indicator	2002–2003 Realisatie	2003–2004 Realisatie	2004–2008 Raming
Eerstejaarsstudenten verloskunde	240	220	220

Bron: opleidingsinstellingen (2003).

- Huisartsopleiding

De huisartsopleidingen worden ook gefinancierd uit de VWS-begroting. Het aantal huisartsen in opleiding loopt naar verwachting in 2005 verder op van 1202 in 2003 via – naar verwachting – 1400 in 2004 tot 1464 in 2005.

[1] Uitgezonderd de opleiding tot verloskundige.

Tabel 30.2: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor huisartsen

Prestatie-indicatoren	2002 Realisatie	2003 Realisatie	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming
Totaal aantal huisartsen in opleiding	1 125	1 202	1 400	1 464	1 482	1 484	1 484

Bron: SBOH (2003).

- Opleiding PA/NP

Niet voor alle vervolgopleidingen zullen voldoende gegadigden zijn om in te stromen. Hierdoor zal de instroom minder toenemen dan noodzakelijk, zoals in het geval van de huisartsenopleiding. Alleen meer opleiden zal vooral bij (tand)artsen de nood op korte termijn niet verlichten. Daarom zetten wij ons in voor taakherschikking tussen de verschillende beroepsgroepen. Ook maken we gebruik van nieuwe beroepen zoals de physician assistant en de nurse practitioner. Daartoe hebben we een regeling opgesteld waarmee we per 1 september 2004 de buitenschoolse kosten financieren van de opleidingsplaatsen die OCW toebedeeld heeft.
De effecten van de ingezette physician assistants en nurse practitioners in de huisartsenpraktijk laten wij evalueren. Ook ondersteunen wij veldinitiatieven tot taakherschikking en multiprofessionele samenwerking in zogenoemde zorgclusters.

- Schaarsteoffensief

Om volgens het zogenoemde schaarsteoffensief de extra inzet bij een aantal zorgopleidingen in academische ziekenhuizen door te zetten, wordt in 2004 € 2,9 miljoen ingezet en is voor 2005 een bedrag van € 7,1 miljoen beschikbaar.

- Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG)

De stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) moet de veldpartijen stimuleren om binnen vijf jaar de zorgopleidingen en beroepenstructuur te moderniseren tot een samenhangend stelsel met een daarbij passende besturingsstructuur. Wij stellen middelen beschikbaar om het jaarlijkse werkplan van de stuurgroep uit te voeren. Hiervoor is jaarlijks € 1 miljoen beschikbaar.

- Algemene Vergadering voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV)

Voor de beroepsinhoudelijke ontwikkeling van verpleegkundigen en verzorgenden ontvangt de Algemene Vergadering voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) in 2005 een subsidie van ruim € 4 miljoen. Daarnaast hebben wij de AVVV verzocht een verpleegkundigeberoepenstructuur en opleidingscontinuüm tot stand te brengen voor een flexibel systeem van (vervolg)opleidingen. Daarin kunnen de bestaande en nieuwe (vervolg)opleidingen worden ingepast. In 2005 verwachten we een eindrapport met een implementatieplan.

- Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Wij willen dat verpleegkundigen en verzorgenden in toenemende mate kunnen handelen op basis van behandelwijzen die zich in de patiëntgebonden praktijk (wetenschappelijk) bewezen hebben (het zogenoemde «evidence based» handelen). Daarom ondersteunen wij het Landelijk

Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) in 2005 met een subsidie van ruim € 2 miljoen, zodat het diverse projecten kan uitvoeren die daarop gericht zijn.

- Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg

Wij subsidiëren de personele en materiële voorzieningen van de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg. Hierbij is het ons voornemen om het beheer van de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg te reorganiseren.

Bijdrage aan agentschappen

- CIBG

Het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) voert op dit beleidsterrein drie taken uit. Ten eerste registreert het CIBG in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) alle beroepsbeoefenaren in het BIG-register. Ten tweede behandelt het CIBG de aanvragen van buitenlandse diplomahouders, als zij vragen of ze hun beroep in Nederland mogen uitoefenen (vakbekwaamheidverklaringen). Ten derde wijst het CIBG beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma de weg binnen de wet- en regelgeving (verwijspunt).

Wet- en regelgeving

In 2005 zullen de volgende aanbevelingen, voortvloeiend uit de evaluatie van de Wet BIG, verder worden geïmplementeerd:

- Meer bekendheid geven aan de Wet BIG bij zowel patiënten als beroepsbeoefenaren.
- De wet transparanter maken.
- De uitvoering verbeteren.
- De criteria voor de regeling van de beroepen in de gezondheidszorg aanscherpen.
- Maatregelen nemen om de zelfregulering in het beroepenveld te stimuleren.
- De Wet BIG aanpassen en flexibeler maken met het oog op de toekomst.

Premiegerelateerde instrumenten

Agio's (= assistent-geneeskundigen in opleiding)

De ramingen van het Capaciteitsorgaan[1] zijn binnen de financiële mogelijkheden leidend voor de omvang van de totale opleidingscapaciteit. Met veldpartijen streven wij ernaar taakherschikking in de medisch-specialistische zorg maximaal te bevorderen. Daarmee zal het Capaciteitsorgaan bij zijn ramingen rekening houden. Ook zullen wij bevorderen dat bij enkele specialismen de huidige opleidingscapaciteit wordt afgebouwd, waar dat volgens het Capaciteitsorgaan mogelijk is.

Tabel 30.3: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor agio's

Prestatie-indicator Agioplaatsen	2002 Realisatie	2003 Realisatie	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming
Jaarlijkse instroom	1 109	1 102	1 157	1 157	1 157	1 157

Bron: Capaciteitsorgaan/MSRC (2004).

[1] Het orgaan dat jaarlijks de capaciteit raamt voor de medische en tandheelkundige (vervolg-)opleidingen.

Overige opleidingen
De Beleidsregel vergoeding vervolgopleiding verpleegkundigen is in 2004 verlengd. Aangezien de opleidingen gemiddeld drie jaar duren, kunnen er in 2004, 2005 en 2006 extra mensen worden opgeleid. Het betreft de opleidingen tot intensive-careverpleegkundige, dialyseverpleegkundige, OK-assistent, anesthesiemedewerker en radiodiagnostisch laborant.
In het kader van de inhaalslag radiotherapie investeert VWS extra in gebouwen en apparatuur. Om deze investeringen te laten renderen, bestaat behoefte aan extra opleidingsplaatsen voor klinisch fysici. Om extra daadwerkelijk bezette opleidingsplaatsen voor klinisch fysici in ziekenhuizen te vergoeden, is € 0,6 miljoen extra beschikbaar.

30.2.6 Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch-wetenschappelijk onderzoek

Beleidseffecten
De activiteiten van de overheid op het gebied van ethische vragen in de zorg bewegen zich op het raakvlak van medisch-technologische en maatschappelijke ontwikkelingen. Het gaat hier om processen die voortdurend in beweging zijn en die deels moeilijk zijn te voorzien. Dit betekent een voortdurend spanningsveld met bestaande waarden. We willen ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch-wetenschappelijk onderzoek bevorderen. Ook willen we adequaat inspelen op nieuwe ontwikkelingen en streven wij ernaar om medisch-ethische vraagstukken met mogelijke ongewenste (bij)effecten tijdig te signaleren.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn verantwoordelijk voor het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij wetenschappelijk onderzoek. De agenda Ethiek en gezondheid biedt een overzicht van lopend beleid en actuele ethische onderwerpen waarvoor wij verantwoordelijk zijn. Deze agenda wordt tegelijk met de begroting uitgebracht.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Agenda Ethiek en gezondheid
Wij brengen jaarlijks de agenda Ethiek en gezondheid uit. Deze agenda blikt terug, kijkt vooruit en is mede gebaseerd op het signaleringsrapport van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Gezondheidsraad geven dit centrum samen vorm. De belangrijkste taak van het centrum is het tijdig signaleren en aan ons rapporteren van medisch-ethische aspecten en mogelijk discutabele bijeffecten van (internationale) ontwikkelingen.

Subsidies
Wij zijn medefinancier van het NWO-programma Ethiek, Onderzoek en Bestuur. Binnen dit programma is een thema Ethiek van Zorg en Gezondheid opgenomen. Daarnaast ondersteunen wij de opzet en exploitatie van het ERFO-centrum voor voorlichting, informatie en documentatie van erfelijke en/of aangeboren aandoeningen voor de jaren 2004 en 2005. Ook de Stichting Donorgegevens ondersteunen wij met een subsidie. Het budget voor de financiering van abortusklinieken is overgeboekt van artikel 22 en daarbij met € 4 miljoen verhoogd.

Bijdrage aan agentschappen

- CIBG

Per 1 januari 2004 zijn de uitvoerende taken van de Toetsingscommissies Euthanasie overgedragen aan het agentschap CIBG.

Wet- en regelgeving
Door wet- en regelgeving kunnen we normen stellen om waarden te beschermen die in het geding zijn. Het afgelopen decennium is veel medisch-ethische wetgeving tot stand gebracht. Voor de toekomst moeten we deze wetgeving zorgvuldig monitoren. Daartoe zullen we de verschillende wetten periodiek evalueren en zullen er standpunten verschijnen. In 2005 zullen de Embryowet en de Wet afbreking zwangerschap (WAZ) worden geëvalueerd. De evaluatie van de WAZ is al in 2004 gestart. In 2005 starten we een evaluatie van de euthanasiepraktijk en zal ook het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) geëvalueerd worden.

Overleg
Wij participeren in internationale organen en zetten de instrumenten communicatie en voorlichting in om onze beleidsdoelstellingen te ondersteunen.

30.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Programma informatievoorziening herzien (project-)subsidiebeleid

De uitwerking van het herziene (project)subsidiebeleid wordt hier uiteengezet voor het programma Informatievoorziening.
In een vernieuwd zorgstelsel moeten de prestaties van instellingen en beroepsbeoefenaren voor iedereen inzichtelijk zijn: voor patiënten/consumenten, de overheid, toezichthouders en verzekeraars. Transparantie en (vergelijkende) informatie over kwaliteit en prestaties zijn een extra prikkel om de kwaliteit te verbeteren en doelmatige zorg te leveren. Door subsidies en opdrachten in te zetten ondersteunen wij initiatieven die de transparantie in de zorg en de maatschappelijke ondersteuning bevorderen. Het programma Informatievoorziening richt zich de komende drie jaar op onderstaande gebieden:

- Consumenteninformatie
  De patiënt/consument moet kunnen beschikken over goede en betrouwbare informatie over gezondheid, de kwaliteit van zorginstellingen en zorgverzekeraars. Om het toekomstig zorgstelsel goed te laten werken is een systeem nodig dat betrouwbare informatie voor cliënten en patiënten levert. Hierdoor kunnen zij beter kiezen.
- Informatie over zorginstellingen
  Informatie over hoe instellingen presteren, is voor verschillende partijen van belang. In de eerste plaats zijn dat de instellingen zelf die daarmee hun prestaties kunnen verbeteren. Ook de overheid, de gebruikers en de werknemers hebben er belang bij. Een belangrijk instrument is de prestatievergelijking (benchmark). Deze vergelijkt resultaten en processen van instellingen en is in principe een instrument «van, voor en door» de sector. Een goede prestatievergelijking is een voorwaarde waarmee de instellingen zich goed extern kunnen verantwoorden.

- ICT in de zorg
  ICT is een onmisbaar hulpmiddel in de zorg. Ze verbetert de zorg en vermindert de administratieve lasten. Het Burger Service Nummer in de zorg en het elektronisch patiëntendossier zijn daar voorbeelden van.
- Informatie voor beleid en toezicht
  De overheid heeft betere informatie nodig over de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de beschikbare voorzieningen en van de geleverde producten. De nu beschikbare informatie is niet goed vergelijkbaar, cijfers conflicteren en informatie wordt dubbel gevraagd. De huidige informatiestromen geven dus onvoldoende inzicht in de geleverde prestaties, de behaalde doelstellingen en de besteding van het geld. Adequaat toezicht vergt adequate informatie van instellingen. De hiervoor te ontwikkelen instrumenten zijn raamwerken van prestatie-indicatoren in cure, care en volksgezondheid. Het is ook belangrijk dat instellingen in de zorg zich beter maatschappelijk verantwoorden. Dit programma bekostigt tot slot evaluaties van diverse wetten.

Onderstaande tabel geeft de bedragen per beleidsartikel weer, met een indicatie van de verdeling over de aandachtspunten in het programma Informatievoorziening. De beleidsartikelen beschrijven, daar waar nodig, de inzet van deze middelen.

Tabel 30.4: Projectsubsidies programma informatievoorziening 2005

Omschrijving	Bedrag x € 1 000	Artikel
Preventie en gezondheidsbescherming		
Informatie voor beleid en toezicht	1 330	21
Curatieve zorg		22
Informatie over zorginstellingen	500	
Informatie voor beleid en toezicht	300	
Geneesmiddelen en medische technologie		23
Consumenteninformatie	263	
Informatie voor beleid en toezicht	160	
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang		23
Consumenteninformatie	450	
Informatie over zorginstellingen	450	
Informatie voor beleid en toezicht	1 918	
Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid		26
Consumenteninformatie	310	
Informatie over zorginstellingen	200	
Informatie voor beleid en toezicht	350	
Verpleging, verzorging en ouderen		27
ICT in de zorg	300	
Informatie voor beleid en toezicht	2 050	
Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid		30
Consumenteninformatie	1 375	
Informatie over zorginstellingen	980	
ICT in de zorg	5 000	
Informatie voor beleid en toezicht	2 025	
Jeugdbeleid		33
Informatie voor beleid en toezicht	1 980	
Lokaal beleid		34
Informatie over zorginstellingen	1 100	
Totaal	**23 131**	

Programma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid herzien (project) subsidiebeleid

De uitwerking van het herziene (project)subsidiebeleid wordt hier uiteengezet voor het programma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid. Centraal staat het bevorderen van de kwaliteit van zorgprocessen: deze moeten efficiënter, sneller en beter worden geïmplementeerd. Het gaat erom optimale zorg voor de patiënt te leveren en deze zorg op de beste manier logistiek en organisatorisch aan te pakken. Met tijdelijke, resultaatgerichte actieprogramma's bevorderen wij de ontwikkeling en snellere invoering van goede praktijken op grote schaal in de zorg met als speerpunten patiëntveiligheid, -logistiek en klantvriendelijkheid. Dat doen we bijvoorbeeld door landelijke actieprogramma's uit te voeren, gericht op care, ziekenhuizen (programma Sneller Beter), eerstelijnsgezondheidszorg en collectieve preventie. Ook moet de kwaliteit van diabeteszorg beter.

Om kwalitatief goede zorg en maatschappelijke ondersteuning op een doelmatige en goede wijze te leveren, moeten de betrokken sectoren

(professionals, instellingen, gemeenten) innovatief zijn en beschikken over voldoende kennis om deze vernieuwende initiatieven in de praktijk toe te passen. In eerste instantie behoort dat tot de verantwoordelijkheid van de sector zelf. Het is de rol van de overheid om innovaties en investeringen in kwaliteit die de sector zelf in eerste instantie niet van de grond kan brengen, tijdelijk te ondersteunen en aan te jagen.

De subsidies die VWS geeft voor innovaties, richten zich op het gehele terrein van de zorg: de curatieve zorg, de care, de openbare gezondheidszorg en de maatschappelijke ondersteuning. In dit programma gaat het om subsidies en opdrachten die bestaande kennis, gericht op verbetering van de zorg voor de individuele patiënt of consument, in de praktijk toepassen en verspreiden. De sector is primair verantwoordelijk en heeft ook baat bij de opbrengsten. Daarom draagt VWS maximaal 50% van de kosten van projecten bij.

In onderstaande tabel vindt u de bedragen per beleidsartikel, met een indicatie van de verdeling over de aandachtspunten kwaliteit, innovatie en doelmatigheid van het programma. De beleidsartikelen beschrijven, daar waar nodig, de inzet van deze middelen.

Tabel 30.5: Projectsubsidies programmakwaliteit, innovatie en doelmatigheid 2005

Beleidsartikel	bedrag x € 1000	Artikel
Preventie en gezondheidsbescherming		21
Kwaliteit	2 388	
Curatieve zorg		22
Kwaliteit	6 070	
Geneesmiddelen en medische technologie		23
Kwaliteit	614	
Innovatie	200	
Doelmatigheid	2 285	
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang		24
Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid	1 400	
Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid		26
Kwaliteit	3 062	
Verpleging, verzorging en ouderen		27
Kwaliteit	900	
Innovatie en Doelmatigheid	1 600	
Arbeidsmarktbeleid		29
Doelmatigheid	4 700	
Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid		30
Kwaliteit	3 500	
Jeugdbeleid		33
Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid	4 000	
doelmatigheid	550	
Lokaal beleid		34
Kwaliteit	200	
Nominaal en onvoorzien		99
Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid	400	
Totaal	**31 869**	

In bovengenoemde bedragen zijn eventuele instellingssubsidies en doorlopende projectverplichtingen niet inbegrepen.

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**186 508**	**210 372**	**200 685**	**207 516**	**215 886**	**215 930**	**216 217**
Uitgaven	**179 742**	**229 179**	**225 024**	**228 249**	**216 214**	**216 217**	**216 217**
Programma-uitgaven	**175 172**	**225 142**	**221 049**	**224 550**	**212 515**	**212 518**	**212 518**
Regulering van de zorg	0	880	1 600	6 075	0	0	0
Evenwicht in de marktposities	34 095	34 463	40 295	37 397	32 419	32 419	32 419
Waarvan bijdragen aan zbo's	*1 810*	*1 810*	*1 810*	*1 810*	*1 810*	*1 810*	*1 810*
Informatie over het zorgaanbod	905	4 942	1 583	1 583	1 483	1 483	1 483
Waarvan minder regels en administratieve lasten	*905*	*19*	*19*	*19*	*19*	*0*	*0*
Vernieuwingen in de zorg	16 383	27 377	9 248	8 848	7 975	7 975	7 975
Modernisering beroepenstructuur	111 548	145 581	155 765	158 239	158 230	158 233	158 233
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten		*2 068*	*2 015*	*1 968*	*1 968*	*1 968*	*1 968*
Ethisch verantwoord handelen	12 241	11 899	12 558	12 408	12 408	12 408	12 408
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten		*771*	*771*	*771*	*771*	*771*	*771*
Apparaatsuitgaven	**4 570**	**4 037**	**3 975**	**3 699**	**3 699**	**3 699**	**3 699**
Ontvangsten	**11 015**	**7 383**	**1 083**	**1 083**	**1 083**	**1 083**	**1 083**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		225 024		228 249		216 214		216 217		216 217
2	Waarvan apparaatsuitgaven		3 975		3 699		3 699		3 699		3 699
3	Programma uitgaven		221 049		224 550		212 515		212 518		212 518
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	91%	201 142	90%	202 539	90%	191 351	91%	192 215	91%	192 278
5	Bestuurlijk gebonden	6%	13 668	8%	17 099	8%	16 226	7%	15 226	7%	15 226
6	Beleidsmatig gereserveerd	3%	6 156	2%	4 818	2%	4 826	2%	4 866	2%	4 866
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	83	0%	94	0%	112	0%	211	0%	148
8	Totaal	100%	221 049	100%	224 550	100%	212 515	100%	212 518	100%	212 518

Het overgrote deel van de beschikbare middelen is juridisch verplicht. Het gaat hier hoofdzakelijk om de financiering van diverse opleidingen en wettelijk verplichte (wets)evaluaties. Ook vallen het overgrote deel van de middelen voor marktposities in de zorg en informatievoorziening (tot en met 2006) hieronder net als de uitgaven voor de abortusklinieken, de tuchtcolleges en de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG). Bestuurlijk gebonden zijn de uitgaven voor ICT in de zorg en Sneller Beter/landelijk actieprogramma kwaliteit als ook de uitgaven voor informatievoorziening na 2006.
In de paragraaf budgettaire gevolgen van beleid op artikel 31 worden de premie-uitgaven van de artikelen 30 en 31 meerjarig geraamd en in samenhang gepresenteerd.

Tabel 30.6: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling De zorg ordenen en actoren en activiteiten stimuleren, zodat een afdoende, kwalitatief hoogwaardig, veilig en doelmatig zorgaanbod ontstaat, waarbij de geïnformeerde burger bewuste keuzes kan maken.					
Operationele doelstelling 1 Alle partijen in de zorg hebben voldoende informatie over de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van het zorgaanbod.		X	X	X	X
Operationele doelstelling 2 Een goed evenwicht in de (markt)posities van zorgaanbieders en zorggebruikers.		X	X	X	X
Operationele doelstelling 3 Slim regelen van de zorg met goed bestuur	X	X	X	X	X
Operationele doelstelling 4 Zinvolle vernieuwingen in de zorg gebruiken vanuit de invalshoeken van ICT, kwaliteit, doelmatigheid en patiëntveiligheid.		X			
Operationele doelstelling 5 Een moderne beroepenstructuur en een evenwichtige capaciteit van zorgverleners.			X		
Operationele doelstelling 6 Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg én bij medisch wetenschappelijk onderzoek.				X	

BELEIDSARTIKEL 31 ZORGVERZEKERINGEN

31.1 Algemene beleidsdoelstelling

Iedere ingezetene van Nederland heeft een zorgverzekering conform internationale standaarden tegen een redelijke prijs, die zo wordt uitgevoerd dat de verzekerde de zorg krijgt die nodig is en het stelsel in financiële zin beheersbaar is

Belangrijkste nieuwe maatregel:

- In het kader van de modernisering van het zorgverzekeringsstelsel treffen we voorbereidingen om de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet op de Zorgtoeslag per 1 januari 2006 in te voeren (31.2.1).

Deze maatregel wordt in dit artikel toegelicht.

Nederland heeft een stelsel van sociale en particuliere zorgverzekeringen. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een sociale verzekering. De AWBZ verzekert de kosten voor langdurige zorg, zoals de verpleging en verzorging voor gehandicapten en ouderen in Nederland. Voor de kortdurende geneeskundige zorg kennen we drie soorten verzekeringen:

- De ziekenfondsverzekering.
- De publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren.
- De particuliere ziektekostenverzekering.

Ruim 60% van de bevolking is verzekerd op grond van de Ziekenfondswet (ZFW), net als de AWBZ een sociale verzekering. In totaal zijn ruim tien miljoen mensen ziekenfondsverzekerd. Ongeveer 8% van de Nederlanders is verzekerd op grond van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren en de resterende 32% is particulier verzekerd.

De AWBZ en ZFW regelen wie verzekerd is, waar de verzekerde wettelijk recht op heeft (wettelijke zorgaanspraken), welke premies moeten worden betaald, hoe de financiering van de verzekeringen in elkaar zit en hoe de verzekeringen moeten worden uitgevoerd. Over de particuliere zorgverzekeringen heeft de overheid niets te zeggen. De particuliere verzekeraars bepalen zelf de hoogte van de premie en het vergoedingenpakket. Particuliere verzekeraars kennen geen acceptatieplicht: ze hoeven niet iedereen als verzekerde aan te nemen. Wel moeten particuliere verzekeraars wettelijk bepaalde kwetsbare groepen een standaardpakketpolis tegen een maximumpremie aanbieden, op basis van de Wet toegang ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998).

Het kabinet werkt aan een nieuw zorgstelsel dat «prikkels» kent waarbij alle partijen meer worden afgerekend op het eigen gedrag en handelen. Dit betekent dat de verantwoordelijkheden zo laag mogelijk komen te liggen. In 2005 is het beleid erop gericht dat zorgverzekeraars zich deze nieuwe, veel actievere rol eigen maken en dat de burger meer kostenbewust wordt.

Aard van de verantwoordelijkheid
Voor alle operationele doelstellingen geldt dat de overheid verantwoordelijk is voor een goed functionerend zorgstelsel. De zorgverzekeraars moeten er – via de financiering en zorginkoop – voor zorgen dat hun

verzekerden toegang hebben tot zorg die klantgericht is en doelmatig wordt verleend. De verantwoordelijkheid voor goede zorgverlening berust bij de zorginstellingen en beroepsbeoefenaren die in direct contact staan met de patiënt.

31.2 Operationele beleidsdoelstellingen

31.2.1 Er is een zorgverzekering voor iedere ingezetene van Nederland tegen een redelijke prijs die voldoet aan internationale standaarden

Het kabinet heeft in het Hoofdlijnenakkoord besloten om het zorgverzekeringsstelsel te moderniseren. Het doel is te komen tot een doelmatig werkend stelsel waarmee alle ingezetenen van Nederland toegang krijgen tot noodzakelijke zorg van goede kwaliteit. Hiervoor is het nodig dat iedereen zich op de juiste manier kan verzekeren. Het gemoderniseerde verzekeringsstelsel moet passen binnen internationale verdragen en Europese regels.

a. Toegankelijkheid

Beleidseffecten
Tot januari 2006 richten we ons erop de huidige ziekenfondsverzekering goed uit te voeren. We zien erop toe dat de particuliere verzekeraars verplicht blijven een standaardpakketpolis aan te bieden, zodat iedere Nederlander zich kan verzekeren tegen ziektekosten.

De modernisering van het zorgverzekeringsstelsel is uitgewerkt in de vorm van het voorstel van een Zorgverzekeringswet (ZVW). Het streven is dat per 1 januari 2006 alle ingezetenen van Nederland verzekerd zijn voor de geneeskundige zorg met een standaardverzekering. Deze standaardverzekering is nodig om een stelsel te behouden waarin een collectieve verzekering van noodzakelijke zorg duurzaam kan worden gegarandeerd. Het onderscheid tussen de ziekenfondsverzekering, de publiekrechtelijke verzekeringen en de particuliere verzekering vervalt dan. In 2005 krijgen het wetgevings- en het implementatietraject hun vervolg.

Om te waarborgen dat de noodzakelijke zorg voor iedereen betaalbaar blijft, introduceert het kabinet ook het wetsvoorstel Zorgtoeslag. De zorgtoeslag zorgt ervoor dat niemand een groter deel van zijn inkomen uitgeeft aan de gemiddelde ziektekostenpremie dan wat het kabinet aanvaardbaar acht. De zorgtoeslag compenseert de uitgaven aan premies die daarboven uitstijgen.

Alle ingezetenen van Nederland zijn verplicht AWBZ-verzekerd en betalen daarvoor een inkomensafhankelijke premie. De AWBZ-verzekering zorgt ervoor dat met name langdurige zorg die gepaard gaat met hoge kosten (zoals gehandicaptenzorg en ouderenzorg), toegankelijk blijft.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
- Het Wetsvoorstel zorgverzekeringswet, de invoeringen aanpassingswet en de uitvoeringsregeling opstellen. Dit omvat ook de op genezing gerichte zorg van de AWBZ.

- De afschaffing van de WTZ 1998 en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ) wettelijk regelen en begeleiden.
- De inwerkingtreding van de Wet op de zorgtoeslag voorbereiden.
- In de standaardzorgverzekering (ZVW) zijn de functies en taken opgenomen van de zelfstandige bestuursorganen in het nieuwe stelsel. VWS past deze aan om de zelfstandige bestuursorganen binnen dit stelsel adequaat te laten functioneren.
- Nadat de standaardzorgverzekering is ingevoerd, is de vrijwillige AWBZ-verzekering voor Nederlanders in het buitenland niet langer noodzakelijk. Deze wordt daarom afgeschaft. De ZVW regelt dat betrokkenen onder de bescherming vallen van de EU-sociale zekerheidsverordening en bilaterale sociale zekerheidsverdragen. Dit garandeert een goede AWBZ-zorg in het buitenland. Voor de bestaande vrijwillig AWBZ-verzekerden wordt een overgangsregeling getroffen.

b. Internationale standaarden

Beleidseffect
Het Nederlandse verzekeringsstelsel moet in overeenstemming zijn met het internationale recht. De invloed van het Europese recht op het dagelijkse functioneren van het Nederlandse verzekeringsstelsel neemt toe. Hierdoor ontstaan vragen als: mag de Nederlandse wetgeving beperkingen opleggen aan de Nederlandse verzekerde om in het buitenland zorg in te roepen (vrij verkeer van goederen en diensten)? Mag een gemeenschappelijk administratiekantoor namens alle verzekeraars zorg inkopen (mededingingsrecht)? Moet het Nederlandse vereveningssysteem in de ziektekostenverzekering worden beschouwd als verboden staatssteun (staatssteun)? Het Hof van Justitie in Luxemburg toetst deze vraagstukken. De arresten van het Hof van Justitie moeten binnen twee jaar geïmplementeerd zijn.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
- Inventariseren welke EU-verordeningen (Europese Unie), internationale verdragen en internationale afrekeningsakkoorden aangepast moeten worden na 1 januari 2006.
- Een planning maken om met de tien nieuwe lidstaten (per 1 mei 2004) internationale akkoorden tot stand te brengen. Zo moeten we de financiële en administratieve gevolgen van de Europese sociale zekerheidsverordening tussen Nederland en de tien nieuwe lidstaten in goede banen leiden. De planning is om vanaf 2006 jaarlijks een afrekeningsakkoord te sluiten met twee EU-lidstaten.
- De sociale zekerheidsverordening en de uitvoeringsverordening worden herzien. Die werkzaamheden zullen voortduren tot in de loop van 2006. Dit vergt intensieve bemoeienis om te voorkomen dat financiële arrangementen tot stand worden gebracht, waarbij het Nederlandse verzekeringsstelsel in een ongunstige positie terechtkomt.
- De Staat der Nederlanden vertegenwoordigen in rechtszaken op nationaal en internationaal terrein. Ze voeren deze zaken niet alleen zelf uit, maar bereiden deze zaken ook voor en ze implementeren de uitspraken en arresten in deze zaken.
- Een maatregel treffen om de ongewenste situatie tegen te gaan dat

zorgverleners van een Nederlandse AWBZ-zorginstelling cliënten nareizen om ze in het buitenland zorg te verlenen.

Subsidie

- VWS heeft subsidie toegekend aan drie grensoverschrijdende zorgprojecten in de EU regio's Maas-Rijn, Rijn-Waal en Gronau. Het doel daarvan is dat de overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden beter grensoverschrijdend informatie uitwisselen. VWS zal deze experimenten monitoren.

31.2.2 Er is bij de zorgverzekeringen een beheerste premie- en kostenontwikkeling

Om de premie- en kostenontwikkeling bij de zorgverzekeringen te beheersen, zijn drie subdoelen geformuleerd:

- Zorgverzekeraars tot doelmatige zorginkoop stimuleren.
- Verzekerden tot verantwoord zorggebruik stimuleren.
- De omvang en samenstelling van het verzekerde pakket beheersen.

De premieontwikkeling moet aansluiten bij de kostenontwikkeling in de zorgsector die in de begroting is vastgelegd. Ook moeten de zorguitgaven binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) blijven. Een beheerste kostenontwikkeling is nodig om de noodzakelijke zorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden. Een internationale vergelijking van de Nederlandse premie- en kostenontwikkeling kan hierbij dienen als prestatie-indicator.

a. Stimuleren van zorgverzekeraars tot doelmatige zorginkoop

Beleidseffecten

Een beheerste kosten- en premieontwikkeling willen wij bereiken door zorgverzekeraars en zorgkantoren een regierol (sturing van de zorg) te laten vervullen en hen te prikkelen zorg doelmatig in te kopen. Bij deze regierol wordt de zorginkoop niet alleen op de wensen van verzekerden afgestemd. De zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten namelijk, als ze contracteren in de zorg, ook scherp op de prijs letten. Daarnaast is de omvang en kwaliteit van die zorg van belang. Daarvoor is het wenselijk dat verzekeraars niet alleen vrijheden krijgen op het terrein van de zorginkoop maar ook financiële verantwoordelijkheden dragen. Dit bereiken we in de cure door, het aan zorgverzekeraars opleggen van een acceptatieplicht en verzekerden een substantiële nominale premie te laten betalen. De hoogte van die premie stelt de zorgverzekeraar zelf vast. In een interdepartementaal uit te voeren beleidsonderzoek AWBZ maken we duidelijk hoe we de zorgkantoren kunnen stimuleren om doelmatig zorg in te kopen.

Objectieve verschillen in kosten tussen ziekenfondsen kunnen ontstaan door verschillen in de kenmerken van hun verzekerden. Deze verschillen worden in de financiering van de ziekenfondsen zo veel mogelijk geneutraliseerd (risicoverevening). Dit financieringssysteem is een van de belangrijkste instrumenten van de overheid om de kosten – en daarmee de premies – in de gezondheidszorg te beheersen. De budgetten (uitkeringen uit de Algemene Kas, Zorgverzekeringsfonds) zijn namelijk niet hoog genoeg om alle kosten van verstrekkingen, vergoedingen en uitvoering te dekken. Ze zorgen echter wel voor een level playing field tussen zorgverzekeraars. Het ontbrekende gedeelte dekken de ziekenfondsen voornamelijk met de nominale premies die zij direct bij de verzekerden in rekening brengen. Hierbij geldt dat er een meer concurrerende premie in de markt gezet kan worden, als de verzekeraar zorg inkoopt tegen lagere

kosten (en/of zijn uitvoeringskosten laag houdt). Om te voorkomen dat ondanks de risicoverevening zorgverzekeraars tot verzekerdenselectie (risicoselectie) overgaan, geldt er een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. Verzekerden hebben het recht om jaarlijks van verzekeraar te wisselen. Dit bevordert de mobiliteit van verzekerden en daarmee de concurrentie.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Begrotingsgerelateerde instrumenten

Onderzoek

- Een belangrijk element in de nieuwe standaardzorgverzekering om een beheerste premie- en kostenontwikkeling te bewerkstelligen is een sluitend systeem om risico te verevenen. Het huidige vereveningssysteem voor de ziekenfondsen moeten we verbreden naar de particuliere verzekering. De voorbereidingen hiertoe zijn in 2003 begonnen en zullen in 2005 moeten uitmonden in een geschikt risicovereveningssysteem ZVW voor 2006. In 2005 wordt de juridische basis gelegd voor het systeem en dan krijgt het systeem op basis van uitgebreid onderzoek zijn definitieve vormgeving. Dit vindt plaats in nauw overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), College voor zorgverzekeringen (CVZ) en diverse onderzoeksbureaus.

Wet- en regelgeving

- De hoogte van de beschikbare middelen van het Zorgverzekeringsfonds en de specifieke vormgeving van het vereveningsmodel voor het jaar 2006 worden vastgesteld in een ministeriële regeling. In deze regeling bepalen we de mate van financiële risicodragendheid van zorgverzekeraars.

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving

- Het kabinet heeft aangegeven dat in 2006 – nadat de WMO en ZVW zijn ingevoerd – over de uitvoeringsstructuur van de AWBZ (TK 2003–2004, 26 631, nr. 91) besloten moet zijn. In 2005 willen we de bestaande uitvoeringsstructuur verbeteren. Enerzijds krijgen de zorgkantoren meer mogelijkheden om de zorginkoop aan te laten sluiten bij de wensen van verzekerden. Anderzijds zullen zorgkantoren door prestatievergelijking in 2005 prikkels ondervinden om die mogelijkheden optimaal te benutten. Het laatste onderwerp komt aan bod in paragraaf 31.2.3. Op de langere termijn zullen de zorgkantoren verdwijnen. De functie – het inkopen van zorg – blijft bestaan. Deze zal, samenhangend met de overige herzieningen in de AWBZ, wel een andere vorm krijgen.

Wet- en regelgeving/overleg

- Met ingang van 2005 nemen de onderhandelingsmogelijkheden van zorgkantoren aanmerkelijk toe door functiegericht te bekostigen en door de contracteerplicht voor extramurale zorg af te schaffen. Elk zorgkantoor legt in 2005 vast hoe het met de nieuwe onderhandelingsmogelijkheden omgaat (contracteerbeleid). Het zorgkantoor geeft daarbij ook aan op welke gronden het met een bepaalde aanbieder geen contract voor extramurale zorg heeft gesloten. Het zorgkantoor houdt bij de zorginkoop ook rekening met de kosten van de zorg in relatie tot de beschikbare financiële ruimte. Bovendien volgt het – met

het oog op eventuele herschikking tussen zorginstellingen nauwgezet of zorginstellingen de afgesproken productie daadwerkelijk leveren. Om zorgkantoren in het toezicht effectief te kunnen aanspreken stelt VWS duidelijke eisen op het punt van zorginkoop en beheersing vast.

Onderzoek
- Het kabinet start in 2005 een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) AWBZ. Nadat de WMO en de stelselherziening in de cure zijn ingevoerd, blijft er een deel van de AWBZ over. De kernvraag in het IBO is: hoe voeren we het resterende deel in de AWBZ zo doelmatig mogelijk uit?

b. Stimuleren van verzekerden tot verantwoord zorggebruik

Beleidseffecten
Behalve zorgverzekeraars te stimuleren, willen we ook verzekerden stimuleren om de zorg verantwoord te gebruiken. Om het kostenbewustzijn van verzekerden te vergroten en te bevorderen dat verzekerden geen onnodig gebruikmaken van de zorg, voeren we in 2005 een systeem van eigen betalingen in.
Met de no-claimregeling in de Ziekenfondswet in 2005 van € 250 per verzekerde van 18 jaar en ouder, wordt naar verwachting een financieringsverschuiving van circa € 1,4 miljard bereikt en verminderen de zorguitgaven (volume-effect) met € 170 miljoen.
Door de eigenbijdrageregeling in de AWBZ dragen verzekerden die AWBZ-zorg gebruiken, bij aan de kosten. Doordat zij de zorg medefinanciering via de eigen bijdragen, hoeven we de uitgaven niet uitsluitend uit de premie te financieren.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
- Om deze doelstelling te bereiken, is op 22 maart 2004 het voorstel van wet tot wijziging van de Ziekenfondswet bij de Tweede Kamer ingediend. Dit in verband met het invoeren van een no-claimregeling voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat (TK 2003/04, 29 483, nr. 1–2).
- Met toepassing van het op grond van de AWBZ vastgestelde bijdragebesluit Zorg stellen de zorgkantoren en het CAK de eigen bijdrage AWBZ vast en innen zij die bijdrage.

c. Omvang en samenstelling verzekerde pakket

Beleidseffecten
De omvang en samenstelling van het verzekerde pakket spelen een belangrijke rol bij de premie- en kostenontwikkeling. Soms moeten we het verzekerde pakket aanpassen om de noodzakelijke zorg betaalbaar te houden. Uitgangspunt daarbij is dat noodzakelijke zorg beschikbaar blijft voor de burger. Het bovenstaande geldt ook voor de langere termijn. De organisatie van de zorg met uitsplitsing over soorten verzekeringen en voorzieningen (ZVW, AWBZ en WMO) vormt daarvoor de basis.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Onderzoek
- In 2005 zullen we op basis van de meest recente gegevens het vereveningsmodel voor de curatieve ggz ontwikkelen. Dit systeem zal aansluiten bij het eerder genoemde risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars.

Wet- en regelgeving
- Om te bereiken dat de op genezing gerichte gezondheidszorg onder één uitvoeringsregime komt te vallen, hevelen we met ingang van 1 januari 2006 een deel van de ggz naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) over. Dit betekent dat we in 2005 de aanspraken in de AWBZ en ZVW op dit punt aanpassen. Verder nemen we deze risico's in de Ministeriële regeling risicoverevening op.
- Vanaf 2006 brengen we de op ondersteuning gerichte aanspraken voor mensen die niet voor «verblijf» zijn geïndiceerd, uit de AWBZ-aanspraken over naar de voorgenomen Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De functie «verblijf» beperken we in de AWBZ tot de mensen die die functie echt nodig hebben. In 2005 passen we de AWBZ aan, omdat de WMO per 1 januari 2006 ingevoerd wordt. Ook passen we het op de AWBZ gebaseerde Besluit zorgaanspraken AWBZ en het Bijdragebesluit zorg aan.

31.2.3 Rechtmatige en doelmatige uitvoering van de zorgverzekeringen

Wij zijn verantwoordelijk voor de prikkels in het zorgstelsel, waardoor de zorgverzekeringen rechtmatig en doelmatig worden uitgevoerd. Zo kunnen we ervoor zorgen dat er bij de zorgverzekeringen sprake is van een beheerste premie- en kostenontwikkeling. Het beoordelen van de kosten- en premieontwikkeling van de zorgverzekeringen staat niet op zichzelf. Daarbij moeten we het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van de zorg meewegen, evenals het oordeel van het CTZ over inspanningen van verzekeraars voor doel- en rechtmatigheid.

a. Uitvoering Ziekenfondswet en AWBZ

Beleidseffecten
In 2005 worden voorbereidingen getroffen om het toezicht op de toekomstige standaardzorgverzekering in te richten. Daartoe moet een helder beeld ontstaan van de manier waarop we in deze privaatrechtelijke zorgverzekering toezichtactiviteiten kunnen en moeten uitvoeren. Daarnaast moeten we dit werk opnieuw organiseren.

VWS streeft ernaar in 2005 een totaaloordeel te geven over de rechtmatige uitvoering van de ZFW, de AWBZ en de WTZ 1998. Dit oordeel is enerzijds gebaseerd op CTZ-beoordelingen, de belangrijkste indicator waarmee ziekenfondsen en regionale zorgkantoren de zorgverzekeringen rechtmatig en doelmatig uitvoeren. VWS streeft ernaar een meerderheid positief te beoordelen. Anderzijds is de verantwoording van het CVZ onderdeel van de jaarlijkse evaluatie.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving
- Het CTZ beoordeelt jaarlijks de recht- en doelmatige uitvoering van de ZFW en de AWBZ. Het CTZ levert over beide verzekeringen ook totaalbeoordelingen. Dat is in de wet geregeld. Per jaar beoordeelt de minister van VWS het functioneren en de uitkomst van het toezichtwerk van het CTZ. De uitkomst van de CTZ-beoordelingen en de verantwoording van het CVZ over zijn beheer van de Kas en het Fonds is voor de minister uitgangspunt voor zijn oordeel over het systeem van de wettelijke zorgverzekeringen.

Toezicht
- Er is in 2005 een eenduidig raamwerk van prestatie-indicatoren dat inzicht biedt in de mate waarin ziekenfondsen de ZFW doelmatig uitvoeren.
- In 2005 zal het CTZ vergelijken en beoordelen hoe de zorgkantoren functioneren aan de hand van prestatie-indicatoren. Die gaan onder meer over de (financiële) resultaten van de zorginkoop, tijdige zorgverlening, afhandelingsnelheid en zorgvuldigheid bij eigen bijdragen en klanttevredenheid. De prestaties die gemeten worden, moeten een resultaat zijn van inspanningen van zorgkantoren. De prestaties van de zorgkantoren spelen ook een belangrijke rol bij de nieuw aan te wijzen zorgkantoren per 2006. Zorgkantoren die (op onderdelen) niet goed hebben gepresteerd, moeten eerst in een plan aangeven hoe zij hun zorgverlening gaan verbeteren. Aan de hand daarvan beslissen we over de nieuwe aanwijzing van het zorgkantoor.

b. Aanpak fraude

Beleidseffecten
VWS wil fraude in het verzekeringsstelsel bestrijden. VWS spreekt zorgverzekeraars daarom aan op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid en stimuleert ziekenfondsen en zorgkantoren een misbruik- en oneigenlijkgebruikbeleid (M&O-beleid) te formuleren en materiële controles uit te voeren. VWS streeft ernaar dat ziekenfondsen en zorgkantoren deze activiteiten volgend jaar in voldoende mate uitvoeren.

In 2005 bereiden we onderzoek voor naar fraude op de aangetoonde risicogebieden (tandartsen, paramedici, ziekenvervoer, farmaceutische hulp, thuiszorg, hulpmiddelen) en voeren we dat uit.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Onderzoek
- Op ons verzoek toetst het CTZ het M&O-beleid van zorgverzekeraars en zorgkantoren.
- Externe onderzoeksbureaus voeren het onderzoek uit.

c. Uitvoering eigen bijdragen

Beleidseffecten

We willen dat de huidige eigenbijdrageregeling in de AWBZ en de no-claimregeling in de ZFW zorgvuldig en eenvoudig uitgevoerd worden. Over de eigenbijdrageregeling voor extramurale AWBZ-zorg brengt het CVZ periodiek een kernmonitor uit. De rapportages van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) zijn een belangrijke gegevensbron voor deze monitor, omdat het CAK deze regeling voor een groot deel uitvoert. Indicatoren bij deze AWBZ-eigenbijdrageregeling zijn:

- De *gegevens* die de zorgaanbieders over de verleende zorg aanleveren aan het CAK en de zorgkantoren.
- De *termijn* waarbinnen zij dat doen.
- De *volledigheid* van die gegevens. Andere indicatoren vormen enerzijds de tijd die ligt tussen de zorgverlening en het opleggen van de eigen bijdrage voor die zorg en anderzijds het aantal klachten van verzekerden over de vertraging bij het opleggen van de eigen bijdrage. Om deze eigenbijdrageregeling te verbeteren streeft VWS er in 2005 naar dat de zorgaanbieders, als zij gegevens over de verleende zorg aanleveren, in 90% van de gevallen het sofinummer van de verzekerde opnemen.

Een indicator voor een zorgvuldige en eenvoudige uitvoering van de no-claimregeling is het aantal klachten van verzekerden. Deze klachten worden pas in 2006 zichtbaar, omdat de verzekerden in het eerste kwartaal van 2006 van hun ziekenfonds horen of zij over 2005 een no-claimteruggave krijgen en hoe hoog deze is.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Premiegerelateerde instrumenten

Wet- en regelgeving

- Per 1 juli 2005 wordt een vereenvoudigde eigenbijdrageregeling in de AWBZ ingevoerd die gemakkelijker is voor de uitvoerders van de regeling en die voor de verzekerden beter te begrijpen is. Het aangepaste Bijdragebesluit zorg is hiervoor tijdig gereed.

Voorlichting en communicatie

- Op ons verzoek geeft het CVZ aanbevelingen aan de uitvoerders om de eigenbijdrageregeling voor de extramurale AWBZ-zorg correct en klantgericht uit te voeren.
- Het CVZ stuurt in een vroeg stadium bij en geeft zonodig nadere aanbevelingen aan de hand van de resultaten van de kernmonitors en van onze reacties op die monitors.

31.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**1 107**	**4 238**	**19 150**	**4 230**	**1 000**	**1 000**	**1 000**
Uitgaven	**1 089**	**4 238**	**19 150**	**4 230**	**1 000**	**1 000**	**1 000**
Programma-uitgaven	**1 089**	**4 238**	**19 150**	**4 230**	**1 000**	**1 000**	**1 000**
Stelselherziening	1 089	4 238	19 150	4 230	1 000	1 000	1 000
Ontvangsten	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		19 150		4 230		1 000		1 000		1 000
2	Waarvan apparaatsuitgaven		0		0		0		0		0
3	Programma uitgaven		19 150		4 230		1 000		1 000		1 000
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	64%	12 350	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
5	Bestuurlijk gebonden	22%	4 250	66%	2 800	50%	500	50%	500	50%	500
6	Beleidsmatig gereserveerd	14%	2 550	34%	1 430	50%	500	50%	500	50%	500
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%		0%		0%	
8	Totaal	100%	19 150	100%	4 230	100%	1 000	100%	1 000	100%	1 000

Noodzakelijke uitgaven ten behoeve van de communicatie en informatievoorziening stelselherziening zijn opgenomen als juridisch verplicht. Bestuurlijk gebonden zijn de uitgaven met betrekking tot de methodiek om zorgverzekeraars in een nieuw zorgstelsel budgetten toe te kennen én de transitie van zorgverzekeraars en ZBO's. Middelen voor ontwikkelingen gerelateerd aan de stelselherziening, zoals de invoering DBC's en de overheveling curatieve GGZ, én de uitgaven voor onderzoek naar zorgfraude zijn beleidsmatig gereserveerd.

Premie-uitgaven						
Bedragen x € 1 000 000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Beheerskosten verzekeraars en uitvoeringsorganen	1 136,1	1 132,4	1 122,1	1 121,5	1 121,5	1 121,5
Beheerskosten zbo's topstructuur zorgsector	66,8	65,7	62,4	61,3	61,3	61,3
Diversen (premie)	43,4	43,7	43,7	43,7	43,7	43,7
Groeiruimte beheer zorgverzekeringen		16,5	27,8	39,2	39,2	39,2
Totaal	1 246,3	1 258,3	1 256,0	1 265,7	1 265,7	1 265,7
Procentuele mutatie		1,0	– 0,2	0,8		

In bovenstaande tabel vindt u de beschikbare bedragen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren. In deze beschikbare bedragen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1e

suppletore wet 2004 en de Miljoenennota 2005 verwerkt. Onderaan de tabel vindt u de gereserveerde groeiruimte afzonderlijk weergegeven. Voor 2004 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2005 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

31.4 Evaluatieprogrammering

Tabel 31.1: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Iedere ingezetene van Nederland heeft een zorgverzekering conform internationale standaarden tegen een redelijke prijs. Die verzekering wordt zo uitgevoerd dat de verzekerde de zorg krijgt die nodig is. Bovendien blijft het stelsel in financiële zin beheersbaar.					X
Operationele doelstelling 1 Er is een zorgverzekering voor iedere ingezetene van Nederland die voldoet aan internationale standaarden.					X
Operationele doelstelling 2 Er is bij de zorgverzekeringen een beheerste premie- en kosten-ontwikkeling.			X	X	X
Operationele doelstelling 3 De zorgverzekeringen worden rechtmatig en doelmatig uitgevoerd.	X	X	X	X	X

BELEIDSARTIKEL 32: RIJKSBIJDRAGEN VOLKSGEZONDHEID

32.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het medebekostigen van sociale ziektekostenverzekeringen uit de schatkist met als doel de premiedruk van deze verzekering binnen maatschappelijk aanvaardbare grenzen te houden

De bijdragen van het Rijk, die op de begroting van VWS staan, verlagen de premiedruk voor de ziekenfondsverzekering en de AWBZ. Deze rijksbijdragen zijn een onderdeel van het sociaal-economisch beleid van het Rijk. Dit inkomensbeleid valt primair onder de verantwoordelijkheid van de minister van SZW. Hij beschrijft zijn doelstellingen voor de inkomenspolitiek in de Sociale Nota.

De rijksbijdragen dienen mede ter financiering van het VWS-beleid op het gebied van volksgezondheid en zorg. De doelstellingen van het VWS-beleid staan in voorgaande hoofdstukken beschreven.

Als de standaardzorgverzekering per 1 januari 2006 wordt ingevoerd is er geen rijksbijdrage voor de ziekenfondsverzekering meer nodig. In deze standaardzorgverzekering zijn kinderen geen premie verschuldigd. Daarom wordt gelijktijdig met de invoering van de standaardzorg-verzekering een rijksbijdrage ziektekosten kinderen ingevoerd.

32.2 Operationele beleidsdoelstellingen

32.2.1 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de ziekenfonds-verzekering

Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid
Een van de operationele doelstellingen van de rijksbijdragen volksgezondheid, de gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de ziekenfondsverzekering, wordt gerealiseerd door een bedrag in de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering te storten. De minister van VWS stelt de bijdrage vast en is derhalve verantwoordelijk.

32.2.2 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten

Een tweede operationele doelstelling van de rijksbijdragen volksgezondheid is de gedeeltelijke dekking van de uitgaven krachtens de AWBZ. De normale rijksbijdrage is reeds een aantal jaren op nihil gesteld. Wel is er sedert 1 januari 2001 de Bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK), die op dit artikel is ondergebracht. De BIKK compenseert de premiederving door de grondslagverkleining voor de premieheffing van onder andere de AWBZ die optrad na de invoering van het nieuwe belastingstelsel. De doelstelling wordt gerealiseerd door de storting van de rijksbijdrage en de BIKK in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. De minister van VWS stelt de bijdrage vast en is hiervoor verantwoordelijk. De bijdrage is een onderdeel van het sociaal-economisch beleid van het kabinet.

32.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**6 842 903**	**8 415 450**	**8 198 099**	**8 428 302**	**8 748 605**	**8 863 305**	**8 863 305**
Uitgaven	**6 842 903**	**8 415 450**	**8 198 099**	**8 428 302**	**8 748 605**	**8 863 305**	**8 863 305**
Programma-uitgaven	**6 842 903**	**8 415 450**	**8 198 099**	**8 428 302**	**8 748 605**	**8 863 305**	**8 863 305**
Dekking uitgaven ziektekostenverzekering	2 653 103	3 006 050	2 895 099	2 895 302	2 895 505	2 895 505	2 895 505
Dekking uitgaven AWBZ	4 189 800	5 409 400	5 303 000	5 533 000	5 853 100	5 967 800	5 967 800
Ontvangsten	**252**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		8 198 099		8 428 302		8 748 605		8 863 305		8 863 305
2	Waarvan apparaatsuitgaven		0		0		0		0		0
3	Programma uitgaven		8 198 099		8 428 302		8 748 605		8 863 305		8 863 305
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	100%	8 198 099	65%	5 533 000	67%	5 853 100	67%	5 967 800	67%	5 967 800
5	Bestuurlijk gebonden	0%	0	35%	2 895 302	33%	2 895 505	33%	2 895 505	33%	2 895 505
6	Beleidsmatig gereserveerd	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
8	Totaal	100%	8 198 099	100%	8 428 302	100%	8 748 605	100%	8 863 305	100%	8 863 305

De hoogte van de rijksbijdrage aan de ziekenfondsverzekering wordt jaarlijks vastgesteld. Afhankelijk hiervan wordt de hoogte van de premie voor de ziekenfondsverzekering bepaald.
De uitgaven voor de Bijdrage in de kosten van kortingen (Bikk) zijn juridisch verplicht. Voor de jaren na 2005 bestaat formeel geen verplichting.
De hoogte van de rijksbijdrage AWBZ wordt bepaald in de Wet financiering volksverzekeringen. Deze bedragen zijn voor alle jaren voor 100% verplicht.

BELEIDSARTIKEL 33: JEUGDBELEID

33.1 Algemene beleidsdoelstelling

De positie van jeugdigen in de samenleving versterken, hun kansen vergroten en uitval tegengaan

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- Nieuwe Wet op de Jeugdzorg (WJZ) treedt in werking (33.2.1).
- Kwaliteitsimpuls jeugdzorg (33.2.1).
- Tijdelijke Subsidieregeling landelijke vrijwilligersorganisaties treedt in werking (33.2.3).
- Operatie Jong (33.2.4).
- Opvoedingshulp en -ondersteuning aanbieden (33.2.4).

Deze maatregelen worden in dit artikel toegelicht.

We achten het zeer belangrijk voor de samenleving dat kinderen en jongeren tot verantwoordelijke burgers opgroeien. Daarbij speelt het gezin een belangrijke rol. Ouders zijn als eerste verantwoordelijk om hun kinderen op te voeden en te verzorgen. Als het gezin ondersteuning nodig heeft bij het opvoeden, dan zullen de ouders in eerste instantie een beroep op de sociale omgeving moeten doen. De overheid komt pas in beeld als het gezin en de sociale omgeving onvoldoende in staat blijken de problemen het hoofd te bieden. Daarnaast schept de overheid voorwaarden, zodat ouders de eigen verantwoordelijkheid goed kunnen invullen. De overheid moet ouders echter ook aanspreken, als zij de verantwoordelijkheid niet kunnen of willen invullen.
Ons beleid richten we op jeugdigen met meer risico op ontwikkelingsachterstand, ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen of ernstige problemen zoals voortijdig schoolverlaten of criminaliteit. We willen daarbij zo veel mogelijk preventief te werk gaan. Gemeenten en provincies spelen dan een centrale rol.

Verder willen we onze aanpak meer op de jeugd richten, om te voorkomen dat jeugdigen uitvallen. De jeugdige en het gezin staan in ons beleid centraal. Indien een beroep op de overheid gedaan wordt, dan is een sluitende keten van voorzieningen, vlakbij die jeugdigen en dat gezin, noodzakelijk om adequate hulp te bieden. Daarvoor moeten wij de juiste voorwaarden scheppen. Operatie Jong, een samenwerkingsverband tussen VWS, OCW, Justitie, SWZ, VROM, V&I en BZK, moet zorgen voor beleid dat de juiste voorwaarden schept voor samenhang in het jeugdbeleid. We vinden dat we daarbij open verantwoordelijkheden ter discussie moeten durven stellen. Ook moeten we elkaar aanspreken op «verkokering», juist vanuit het belang van de jeugdigen.

33.2 Operationele beleidsdoelstellingen

33.2.1 Het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg

Beleidseffecten
Jeugdigen met ernstige opvoed- en opgroeiproblemen moeten zo vroeg, zo dichtbij en zo licht mogelijk van de juiste hulp voorzien worden.

Aard van de verantwoordelijkheid
Ons uitgangspunt is dat ouders in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn als zij hun kinderen opvoeden en verzorgen. Als ouders hiertoe niet (volledig) in staat blijken, kunnen zij in eerste instantie een beroep doen op hun sociale netwerk en op lokale voorzieningen (onder meer school, het consultatiebureau, de gezinscoach en algemeen maatschappelijk werk). Zijn de problemen met de opvoeding zo ernstig dat de lokale voorzieningen geen toereikende hulp kunnen bieden, dan kunnen jeugdigen en hun ouders/verzorgers een beroep doen op de jeugdzorg.

Om dit waar te kunnen maken, is de afgelopen jaren gewerkt aan een nieuwe Wet op de jeugdzorg (WJZ), die de Wet op de jeugdhulpverlening zal vervangen. De Eerste Kamer heeft de Wet op de jeugdzorg op 20 april 2004 aanvaard. De wet treedt op 1 januari 2005 in werking.
Wij zijn samen met Justitie verantwoordelijk voor het ontwikkelen en waarborgen van een goed werkend stelsel van jeugdzorg.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Wet- en regelgeving
De Wet op de jeugdzorg vult de volgende drie doelstellingen in:
- Een centrale, voor iedereen (ook voor jeugd-ggz en licht verstandelijk gehandicapte jeugd) herkenbare toegang tot de jeugdzorg: het Bureau Jeugdzorg (BJZ).
- De zorg passend en samenhangend aanbieden. De WJZ gaat uit van een vraaggestuurd aanbod. De provincies zijn hiervoor verantwoordelijk en financieren het aanbod.
- De positie van de cliënt versterken. In de WJZ staat de cliënt centraal. Om die reden is het recht op jeugdzorg ingevoerd en is geregeld dat de cliënt moet instemmen met het indicatiebesluit en het hulpverleningsplan.

Samen met Justitie hebben wij besloten om jeugdigen die alleen beschermd moeten worden, niet langer in justitiële jeugdinrichtingen te plaatsen. Voor 1 januari 2005 zullen wij een nader uitgewerkt plan van aanpak aanbieden. Als onderdeel hiervan passen wij de Wet op de jeugdzorg aan.

Specifieke uitkeringen
Op grond van de nieuwe wet verstrekken we aan provincies en grootstedelijke regio's doeluitkeringen om het zorgaanbod en de Bureaus Jeugdzorg te kunnen financieren. Daarmee moeten zij zorgen voor voldoende aanbod voor alle jeugdigen die hiervoor geïndiceerd zijn. De noodzaak (en dus het recht) tot jeugdzorg is mede afhankelijk van het probleemoplossend vermogen van het gezin en zijn omgeving. Voor 2004 tot en met 2006 geschiedt dit binnen het afgesproken financieel kader. Voor de toegangsfunctie van de jeugd-ggz naar het Bureau Jeugdzorg wordt met ingang van 2005 een bedrag van € 25 miljoen aan het beschikbare budget voor de jeugdzorg toegevoegd. In 2005 nemen we na overleg met de provincies een besluit over een nieuwe financieringssystematiek voor de jeugdzorg. Die systematiek gaat in per 1 januari 2007. Uitgangspunt van deze systematiek is, dat de middelen op macroniveau toereikend zijn voor de provincies om de wet uit te kunnen voeren. Hierbij prikkelen we de provincies dit op een zo doelmatig mogelijke wijze te doen. Daarmee doen we recht aan de verantwoordelijkheden die de verschillende partijen dragen.

Subsidies en opdrachten
We zetten subsidies en opdrachten in om steunfuncties voor de jeugdzorg in stand te houden. Zo hopen we onder andere de deskundigheid te bevorderen en de informatievoorziening te verbeteren (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en de Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen (NVP)). Daarnaast zetten we subsidies in om het Landelijk Beleidskader Jeugdzorg uit te kunnen voeren.

Landelijk beleidskader
Op grond van de Wet op de jeugdzorg stellen VWS en Justitie eenmaal in de vier jaar een Landelijk Beleidskader Jeugdzorg vast, dat ze op prinsjesdag naar de Staten-Generaal zenden. Het landelijk beleidskader bevat de uitgangspunten van het beleid dat de provincies en grootstedelijke regio's uitvoeren. Voor de komende planperiode 2005–2008 zijn in het landelijk beleidskader instrumenten opgenomen om de doelstellingen te kunnen behalen.

- Kwaliteitsprogramma 2004–2006
  De Wet op jeugdzorg biedt het kader om de jeugdzorg te optimaliseren. We moeten de komende jaren de jeugdzorg gericht aanpakken om deze daadwerkelijk volgens de wet uit te voeren en de effectiviteit en de kwaliteit te verhogen. Met het oog daarop hebben wij in bestuurlijk overleg toegezegd dat er in 2004 tot en met 2006 jaarlijks € 4 miljoen beschikbaar is voor een kwaliteitsimpuls voor de sector jeugdzorg. Het gaat hier om tijdelijke projectsubsidies die bedoeld zijn om een eerste aanzet te geven om de kwaliteit te verbeteren. Deze activiteiten zullen vervolgens structureel ingebed moeten worden. Het gaat daarbij om de aandachtsgebieden financiering, informatiehuishouding, kwaliteit en innovatie. Hierbij leggen we onder meer het accent op een normprijsonderzoek bij Bureaus Jeugdzorg, een monitor om de doelmatigheid te ontwikkelen, een onderzoek naar tarieven in de jeugdzorg en het voornemen de criteria voor indicatiestelling te ontwikkelen.

- Monitor budgettair kader jeugdzorg
  Om de jeugdzorg binnen het beschikbare budget uit te kunnen voeren, is het noodzakelijk dat doelmatigheidswinst wordt geboekt. Met andere woorden: we moeten met de beschikbare middelen meer cliënten helpen. Daarom starten we een monitor om zicht te krijgen op hoe de vraag en de doelmatigheid in de jeugdzorg zich ontwikkelen.

- Jeugdzorgbrigade
  Het doel van de jeugdzorgbrigade is onnodige bureaucratie aan te pakken. We willen kijken of er verbeteringen in de uitvoering van de Wet op de jeugdzorg mogelijk zijn. Zo kunnen we de jeugdzorg beter laten presteren. Na uiterlijk twee jaar (voor 1 januari 2007) stelt de brigade een eindrapport op over de bereikte resultaten. Daarin geeft de brigade ook suggesties om de bureaucratie te verminderen, als dat nog noodzakelijk is.

Handhaving
De Inspectie Jeugdzorg houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg (zie artikel 37.b Inspectie Jeugdzorg).

33.2.2 Het toereikend voorzien in financiering van opvang in internaten voor kinderen van binnenschippers en kermisexploitanten, voorzover deze vorm van opvang in verband met de aard van het beroep voor hun minderjarige schoolgaande kinderen nodig is

Beleidseffecten
Voldoende opvangcapaciteit creëren in internaten of pleeggezinnen voor leerplichtige kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten die niet beschikken over een vaste woon- of verblijfplaats.

Aard van de verantwoordelijkheid
De Leerplichtwet verbiedt dat kinderen steeds van andere scholen gebruik (moeten) maken.
Wij zijn direct verantwoordelijk voor de subsidiëring van de Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd (CENSIS). CENSIS is verantwoordelijk voor de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen van binnenvaartschippers, kermisexploitanten en circusartiesten in internaten of pleeggezinnen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Subsidies
Sinds 1 januari 2001 is de Subsidieregeling welzijnsbeleid van kracht. Op grond van deze regeling verstrekken we per feitelijk geplaatst kind een subsidiebedrag (normbedrag) aan CENSIS. CENSIS geeft met periodieke rapportages inzicht in het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsontwikkeling van de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen. Het aantal geplaatste kinderen zal naar verwachting de komende jaren afnemen (zie tabel 33.1). Dit heeft consequenties voor het personeel in de internaten. Wij verstrekken aan CENSIS een vergoeding om de mobiliteit van boventallige werknemers te bevorderen. Dit doet VWS op grond van het kabinetsstandpunt naar aanleiding van het eindrapport van de Adviescommissie Schippersinternaten. In 2005 evalueren we de bestaande subsidieregeling.

Tabel 33.1: Aantal gehuisveste kinderen in schippersinternaten (peildatum 15 september 2003)

	2002 Realisatie	2003 Realisatie	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming
Aantal kinderen	1 311	1 252	1 223	1 193	1 165	1 135	1 116

Bron: ingediende subsidieaanvraag CENSIS 2004

Ontvangsten
De ouders/verzorgers van de kinderen in internaten of pleeggezinnen betalen een eigen bijdrage. Deze is sinds 1 januari 2001 inkomensafhankelijk en wordt jaarlijks geïndexeerd. De ontvangsten 2005 worden geraamd op een bedrag van € 1,6 miljoen.

33.2.3 Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid

Beleidseffecten
Voor een optimale ontwikkeling van jeugdigen zorgen door een grotere maatschappelijke betrokkenheid en actief burgerschap te stimuleren: meedoen. Dit «meedoen» willen wij stimuleren door jeugdigen invloed te geven op zaken die hen aangaan en door ze aan te sporen vrijwilligerswerk te doen.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn direct verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de infrastructuur die participatie bevordert en het maatschappelijke draagvlak voor jeugdparticipatie vergroot. Kaders voor het beleid zijn de Welzijnswet, het VN-verdrag (Verenigde Naties) voor de Rechten van het Kind en het EU-witboek (Europese Unie) Jeugd.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Subsidies en opdrachten
- De Nationale Jeugdraad (NJR) krijgt subsidie om als spreekbuis voor de jeugd bij de overheid te fungeren. In 2004 hebben we de werking en resultaten van de NJR geëvalueerd. De belangrijkste conclusie is dat de basis van de organisatie goed staat, maar dat we ongeorganiseerde jongeren en in het bijzonder jongeren met een achterstand beter moeten bereiken. In 2005 zullen we het programma van de NJR hierop aanpassen.
- We stimuleren het vrijwilligerswerk voor, door en met jeugdigen middels een tijdelijke (2004–2006) subsidieregeling voor landelijke vrijwilligersorganisaties. Voor de periode 2004–2006 is hiervoor in totaal € 7,1 miljoen beschikbaar. We streven ernaar het aantal jeugdige vrijwilligers met circa 19 000 te laten toenemen per 2007.

33.2.4 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid

Beleidseffecten
Jeugdigen en ouders moeten informatie, opvoedingshulp en -ondersteuning kunnen krijgen. Dit voorkomt dat ze een beroep moeten doen op zwaardere en duurdere voorzieningen zoals de jeugdzorg. Daarom is voor ons de belangrijkste doelstelling voor het lokaal (preventief) jeugdbeleid dat we de basisinfrastructuur van het lokale jeugdbeleid versterken. Hierdoor vergroten we de ontwikkelkansen van jeugdigen en dringen we problemen en overlast terug.
Op lokaal niveau moeten buurt-, onderwijs-, sport- en jeugdvoorzieningen beter samenwerken. Wij stimuleren dat gemeenten nieuwe aansprekende activiteiten aanbieden. Vanuit preventieoogpunt besteden we extra aandacht aan kwetsbare jeugdigen.

Aard van de verantwoordelijkheid
Rijksbreed hebben wij de indirecte verantwoordelijkheid voor het lokale jeugdbeleid. Daartoe creëren we randvoorwaarden. Uitgangspunt is dat gemeenten verantwoordelijk zijn om het lokale jeugdbeleid vorm te geven en uit te voeren. Provincies zijn verantwoordelijk voor de jeugdzorg en verantwoordelijk om de gemeenten bij het uitvoerende werk te ondersteunen. Een van de thema's van Operatie Jong bestaat uit de te verduidelijken verantwoordelijkheidsverdeling.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Subsidies en opdrachten

- We stimuleren de samenwerking tussen organisaties in de buurt, het onderwijs en de sport (BOS) door een tijdelijke stimuleringsregeling voor gemeenten. In 2005 is daarvoor € 8,8 miljoen beschikbaar (zie ook artikelen Sport en DLB).
- In het kader van het Hoofdlijnenakkoord zijn op de begroting van VWS en Justitie middelen beschikbaar gesteld voor opvoed- en gezinsondersteuning op lokaal niveau. Door pedagogische begeleiding te bieden en zorg aan gezinnen te coördineren trachten we het aantal jeugdigen terug te dringen dat risico loopt op ontwikkelingsachterstanden en ernstige problemen (voortijdig schoolverlaten, criminaliteit). In totaal is hiervoor in 2004 € 3,4 miljoen beschikbaar, oplopend tot € 15 miljoen in 2007.
- Samen met OCW, SZW en VROM faciliteren we op landelijk niveau de verdere ontwikkeling van brede scholen. Kern van het bredeschoolconcept is dat onderwijs en welzijnsinstellingen in de wijk samenwerken.
- In 2003 hebben we met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOGroep) afspraken gemaakt over de vijf functies van het preventieve jeugdbeleid die op lokaal niveau minimaal aanwezig moeten zijn. Het gaat om de functies advies en informatie, signaleren van problemen, toegang tot het hulpaanbod, licht pedagogische hulp en coördinatie van zorg. Deze functies vormen de basis voor het lokale jeugdbeleid van gemeenten en daarmee verbinden we de voorzieningen op het terrein van welzijn, onderwijs en zorg. Vanaf het najaar 2004, doorlopend in 2005, starten we in nauwe samenwerking met de VNG, IPO en andere bestuurlijke partners een ondersteuningstraject. Met dit traject verspreiden we goede voorbeelden en ondersteunen we gemeenten bij de invulling van de vijf functies en de regierol die gemeenten daarop moeten voeren.

Wet- en regelgeving

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het jeugdbeleid zal in de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) vastgelegd worden, als het parlement hiermee instemt. De vijf bovengenoemde functies worden als een concreet prestatieveld benoemd. Dat betekent dat de gemeenten ze moeten betrekken in hun overwegingen, als ze het in de WMO vereiste vierjarige plan opstellen. De WMO treedt volgens planning per 2006 in werking.

Verder zal in de loop van 2005 uit de verschillende thema's van Operatie-Jong blijken of de regelgeving aangepast wordt om belemmeringen weg te nemen die lokale partijen ervaren als ze de jeugdketen sluitend maken.

33.2.5 Het stimuleren van onderzoek, monitoring en informatievoorziening

Beleidseffecten

Goede kennis- en informatievoorziening zijn een voorwaarde voor een samenhangend interbestuurlijk en intersectoraal jeugdbeleid van overheden. We willen weten hoe het met de jeugd gaat en wat de effecten van het gevoerde rijksbrede jeugdbeleid zijn om te bepalen of we het beleid moeten aanpassen. In 2004 zullen we nader onderzoeken hoe

kennisinstituten die werkzaam zijn voor de sector jeugd in 2005/2006 tot een gezamenlijke programmering kunnen komen.

Aard van de verantwoordelijkheid
In het kader van Operatie Jong ontwikkelen wij de landelijke jeugdmonitor en verbeteren we de effectiviteit van het beleid met toetsing. Verder hebben wij ons aandeel in de uitvoering van het kabinetsstandpunt over het advies van de commissie Jeugd, Geweld en Media.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Subsidies/opdrachten
- In 2005 geven wij opdracht om een aantal verbetertrajecten voor de landelijke jeugdmonitor uit te voeren en de effectiviteittoets verder te ontwikkelen.
- Wij leveren een financiële bijdrage aan het Nederlands Instituut voor de Classificatie van Audiovisuele Media (NICAM).
- Het NIZW International Centre is aangewezen als het Nationaal Agentschap om het EU-programma Jeugd tot en met 2006 uit te voeren. Het gaat hierbij om groepsuitwisselingen, jongereninitiatieven, Europees Vrijwilligerswerk (European Voluntary Service (EVS)) voor jongeren en ondersteunende activiteiten zoals studiebezoeken, trainingen, seminars, informatie en onderzoeken.

33.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**851 805**	**884 657**	**877 895**	**887 928**	**891 347**	**891 141**	**890 842**
Uitgaven	**821 509**	**854 084**	**869 113**	**882 029**	**891 347**	**891 141**	**890 842**
Programma-uitgaven	**818 755**	**851 640**	**866 889**	**879 837**	**889 155**	**888 949**	**888 650**
Adequaat stelsel van jeugdzorg	776 068	801 587	831 869	843 685	851 630	851 629	851 630
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*211*	*211*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Waarvan specifieke uitkeringen	*738 735*	*762 961*	*795 964*	*807 964*	*815 972*	*815 972*	*815 973*
Internaten voor kinderen binnenschippers	24 590	25 903	22 943	22 207	21 700	21 495	21 195
Participatie en toegankelijkheid	9 499	13 327	3 190	3 195	3 695	3 695	3 695
Lokaal sociaal beleid	5 642	8 210	6 516	8 379	9 760	9 760	9 760
Waarvan specifieke uitkeringen	*2 078*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Onderzoek en informatievoorziening	2 956	2 613	2 371	2 371	2 370	2 370	2 370
Apparaatsuitgaven	**2 754**	**2 444**	**2 224**	**2 192**	**2 192**	**2 192**	**2 192**
Ontvangsten	**14 178**	**7 586**	**7 530**	**7 530**	**7 530**	**7 530**	**7 530**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		869 113		882 029		891 347		891 141		890 842
2	Waarvan apparaatsuitgaven		2 224		2 192		2 192		2 192		2 192
3	Programma uitgaven		866 889		879 837		889 155		888 949		888 650
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	99%	855 899	0%	2 854	0%	204	0%	204	0%	204
5	Bestuurlijk gebonden	1%	8 600	100%	874 526	99%	883 820	99%	883 514	99%	883 264
6	Beleidsmatig gereserveerd	0%	2 360	0%	2 360	1%	5 035	1%	5 035	1%	5 035
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	30	0%	97	0%	96	0%	196	0%	147
8	Totaal	100%	866 889	100%	879 837	100%	889 155	100%	888 949	100%	888 650

De post «juridisch verplicht» bestaat in 2005 voor het overgrote deel uit middelen voor de doeluitkeringen uit hoofde van de jeugdzorg (€ 798 miljoen in 2006, oplopend tot € 807 miljoen in 2009). Daarnaast bestaat deze post voor circa € 25 miljoen uit de landelijke instellingen jeugdhulpverlening en voor ruim € 21 miljoen uit CENSIS. Vanaf 2006 zijn deze posten opgenomen onder de post «bestuurlijk gebonden».

33.4 Evaluatieprogrammering

tabel 33.2: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling De positie van jeugdigen in de samenleving versterken, hun kansen vergroten en uitval tegengaan			X	X	X
Operationele doelstelling 1 Het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg			X		
Operationele doelstelling 2 Het toereikend voorzien in financiering van opvang in internaten voor kinderen van binnenschippers en kermisexploitanten		X			
Operationele doelstelling 3 Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid	X		X		
Operationele doelstelling 4 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid			X	X	X
Operationele doelstelling 5 Het stimuleren van onderzoek, monitoring en informatievoorziening					X

BELEIDSARTIKEL 34: LOKAAL BELEID

34.1 Algemene beleidsdoelstelling

Burgers in staat stellen hun eigen verantwoordelijkheid te nemen in het verbeteren van hun leefsituatie en leefomgeving

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- Wet maatschappelijke ondersteuning voorbereiden (34.2.1).
- Visienotitie vrijwilligerswerkbeleid publiceren (34.2.2).
- Nieuwe opzet kenninsinfrastructuur (34.2.3).

Deze maatregelen worden in onderstaand artikel toegelicht.

Elke burger moet zijn verantwoordelijkheid nemen voor zijn eigen leefsituatie. Daarnaast staat ook de onderlinge solidariteit voorop. Met andere woorden: mensen moeten eerst zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen leefsituatie en pas daarna naar anderen kijken of iets van de overheid verwachten. Het nemen van verantwoordelijkheid betekent dat mensen zelfredzaam zijn, in staat zijn eigen keuzes te maken en deze in de praktijk te brengen. Wij willen dat burgers in toenemende mate maatschappelijk betrokken raken en zich verantwoordelijk voelen voor de eigen leefomgeving. Een samenleving is alleen vitaal als iedereen kan, mag en wil meedoen: met werk, met vrijwilligersactiviteiten, in het verenigingsleven, op school en in de buurt. Wij willen dus voorkomen dat mensen vereenzamen, dat de kwaliteit van hun eigen leven en de leefbaarheid in wijken en buurten vermindert.
Wij ondersteunen burgers om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en hun zelfredzaamheid te vergroten door:

- Via de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) een kader te stellen.
- Vrijwilligers te ondersteunen op basis van de Visienotitie vrijwilligers-beleid.
- De leefbaarheid te vergroten door te investeren in het Grote Steden Beleid (GSB), landelijke gebieden en specifieke probleemwijken buiten de grote steden.
- De informatievoorziening, kwaliteit en transparantie in de maatschappelijke zorg te verbeteren.

De Welzijnswet 1994 is het wettelijk kader voor de hieronder genoemde operationele doelstellingen. De uitwerking van het herziene (project-) subsidiebeleid wordt hier uiteengezet voor het programma Lokale Agenda/Meedoen.

Lokale Agenda/Meedoen
Elke burger moet zijn verantwoordelijkheid nemen voor zijn leefsituatie en voor zijn directe leefomgeving. Deze doelstellingen moeten leiden tot een situatie waarbij mensen eerst zelf verantwoordelijkheid nemen en pas daarna naar anderen kijken of iets van de overheid verwachten. Ook willen wij voorkomen dat mensen vereenzamen, dat de kwaliteit van hun eigen leven en de leefbaarheid in wijken en buurten vermindert. Het is de rol van de rijksoverheid om gemeenten te ondersteunen bij de volgende punten:

- Het lokale beleid op dit terrein inrichten.

- Nieuw beleid stimuleren.
- Nieuwe initiatieven ondersteunen.
- Kansrijke programma's stimuleren en verspreiden.

Door subsidies en opdrachten in te zetten zullen wij tijdelijk initiatieven ondersteunen die de eigen verantwoordelijkheid bevorderen en de leefbaarheid in buurten en wijken vergroten. Het programma Lokale Agenda/Meedoen zal de komende drie jaren voornamelijk de volgende initiatieven uitwerken en implementeren:

- Wij vinden het wenselijk dat ondersteunende diensten dicht bij de burger worden aangeboden. Op deze manier kan de burger ook daadwerkelijk zijn verantwoordelijkheid nemen en zijn zelfredzaamheid vergroten. De gemeenten krijgen hiervoor de beschikking over één wettelijk kader: de Wet maatschappelijke ondersteuning, als de Tweede Kamer hiermee instemt. Met deze wet willen wij bereiken dat mensen op leeftijd of mensen met een beperking zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen in hun eigen vertrouwde omgeving.
- Een integraal vrijwilligerswerkbeleid op lokaal niveau is een basisvoorwaarde om vrijwilligers adequaat te ondersteunen. Hiermee versterken we de onmisbare bijdrage van vrijwilligers op beleidsterreinen als maatschappelijke zorg, leefbaarheid en sport. Het vrijwilligersbeleid is erop gericht om mensen bij de leefomgeving te betrekken en daarmee te voorkomen dat eenzaamheid leidt tot gezondheidsklachten. Zo versterkt het vrijwilligerswerk in kwaliteit. Specifieke aandacht besteden wij in dit kader aan jongeren. Het vrijwilligerswerk biedt jongeren veel, zoals: ervaring opdoen in samenwerken, zich aan regels houden en regelmaat vinden. Wij willen ons richten op programma's voor schoolgaande en schoolverlatende jongeren, zoals de maatschappelijke stages. Die stimuleren en implementeren we. Daarbij besteden wij specifiek aandacht aan risicojongeren.

Concreet gaat het om diverse projecten die op de desbetreffende artikelen worden geraamd en die – waar beleidsmatig relevant – nader toegelicht zijn. Het gaat om de volgende (bundels) projecten:

Tabel 34.1: Projectsubsidies programma Lokale agenda/Meedoen 2005

Omschrijving	Bedrag x € 1 000	Artikel
Follow-up visienota op vergrijzing en ouderenbeleid	400	27
Vrijwilligerswerkbeleid	4 000	34
Gebiedsgerichte vitalisering	1 000	34
Homo-emancipatiebeleid	50	34
Actieplan Gelijke Behandeling/Taskforce (WdO)	250	26
Implementatie cliëntondersteuning op lokaal niveau (CL)	350	26
Maatschappelijke opvang (inclusief monitor)	1 200	24
CCBH (heroïneverstrekking)	1 800	24
Nationale Jeugdraad (NJR)	450	33
Wijkgerichte preventie	1 000	34
Totaal	**10 500**	

In bovengenoemde bedragen zijn eventuele instellingssubsidies en doorlopende projectverplichtingen niet inbegrepen.

34.2 Operationele beleidsdoelstellingen

34.2.1 Het versterken van de eigen verantwoordelijkheid door het vergroten van de zelfredzaamheid

Beleidseffecten
Dit kabinet stelt de eigen verantwoordelijkheid van mensen centraal. Dit betekent dat wij willen aanmoedigen dat burgers zo veel mogelijk zelf initiatieven nemen om de eigen leefsituatie te verbeteren. Daarnaast stimuleren wij de zelfredzaamheid van mensen door zo dicht mogelijk bij de burger kaders en mogelijkheden te scheppen waardoor burgers hun eigen verantwoordelijkheid kunnen waarmaken.
Wij vinden het wenselijk dat ondersteunende diensten op het terrein van welzijn, gehandicaptenzorg (waaronder vervoer en woningaanpassingen) en huishoudelijke hulp dicht bij de burger worden aangeboden. Op deze manier kan de burger ook daadwerkelijk zijn verantwoordelijkheid nemen en vergroot hij zijn zelfredzaamheid. De gemeenten krijgen hiervoor de beschikking over één wettelijk kader waardoor gemeenten met beperkte ondersteuning kunnen voorkomen dat een burger een beroep moet doen op dure zorgarrangementen. Hiermee sluiten wij aan bij een bestaande maatschappelijke tendens, waarbij mensen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn indirect verantwoordelijk voor het stelsel van voorzieningen op lokaal niveau dat de zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en eigen verantwoordelijkheid van burgers vergroot. De gemeenten dragen zelf zorg voor een samenhangend stelsel van voorzieningen op lokaal niveau. Wij ondersteunen gemeenten vanuit onze indirecte verantwoordelijkheid om het lokale beleid vorm te geven door kaders te stellen, nieuw beleid te stimuleren, nieuwe initiatieven te ondersteunen en zorg te dragen voor informatie(overdracht).

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

De Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)
Het uitgangspunt is dat burgers een eigen verantwoordelijkheid hebben om hun leefsituatie te verbeteren. Daartoe moeten we hen dan wel in staat stellen. Daarom hebben wij besloten om een nieuw wettelijk kader te ontwikkelen. De Tweede Kamer heeft in april een notitie ontvangen waarin we de contouren van deze wet presenteren (Tweede Kamer 2003–2004, 29 538, nr.1). Het is onze bedoeling om de Wet voorzieningen gehandicapten, de Welzijnswet 1994 en delen van de AWBZ te integreren binnen één wettelijk kader (WMO). In de notitie beschrijven wij in acht velden de prestaties die een gemeente moet leveren om voorzieningen specifiek aan te kunnen bieden.
In 2005 zullen we, na overleg met de Tweede Kamer, verder werken aan dit nieuwe wettelijk kader. Nadat het parlement hiervoor zijn toestemming heeft gegeven, zullen we starten met een aantal experimenten (pilots) in diverse gemeenten. Het doel hiervan is om in de praktijk de effecten van deze kaderstelling en de nieuwe taakverdeling tussen burger, gemeente en rijksoverheid te toetsen. Ook willen we de WMO in 2006 invoeren, als het parlement daarmee instemt.

34.2.2 Bevorderen dat mensen actief deelnemen in maatschappelijke verbanden om de leefbaarheid te vergroten

Beleidseffecten

Mensen kunnen de eigen leefsituatie ook verbeteren door actief deel te nemen aan het maatschappelijke verkeer. Wij willen voorkomen dat mensen vereenzamen, dat de kwaliteit van hun eigen leven en de leefbaarheid in wijken en dorpen vermindert. Om dit te bereiken stimuleren wij het vrijwilligerswerk en verbeteren we de leefbaarheid in achterstandswijken en op het platteland.

Een gedragen vrijwilligerswerkbeleid op lokaal niveau is een basisvoorwaarde om vrijwilligers adequaat te ondersteunen. Hiermee wordt de onmisbare bijdrage van vrijwilligers op beleidsterreinen als maatschappelijke zorg, leefbaarheid en sport versterkt. Wij willen gemeenten en provincies ondersteunen en stimuleren om een actief en integraal vrijwilligerswerkbeleid te voeren. Ook willen wij bereiken dat mensen actief participeren in wijken en buurten, dorpen en kleine kernen. Dit zal de leefbaarheid ten goede komen en de betrokkenheid versterken. Om mensen te interesseren en te behouden voor het vrijwilligerswerk is een integraal en kwalitatief hoogwaardig vrijwilligerswerkbeleid een belangrijke voorwaarde. Voor 2005 hebben wij daarom drie speerpunten geformuleerd, te weten:

1. Het lokale vrijwilligerswerkbeleid kwalitatief versterken en de lokale ondersteuningsstructuur versterken.
2. Vrijwilligerswerk door jongeren stimuleren.
3. De belemmeringen voor het vrijwilligerswerk via wet- en regelgeving verminderen.

Deze speerpunten zijn uitgewerkt in de Visienotitie vrijwilligerswerkbeleid 2005–2008 die wij in 2004 aan de Tweede Kamer hebben aangeboden.

Binnen het grotestedenbeleid en het plattelandsbeleid is leefbaarheid een belangrijke doelstelling. Doordat de leefomgeving verloedert, voelen bewoners steeds minder binding met hun wijken, waardoor anonieme buurten ontstaan waar de beleving van belangrijke maatschappelijke waarden en de naleving van de normen onder druk staat. In dorpen en kleine kernen staat de onderlinge samenhang onder druk, doordat voorzieningen wegvallen. Wij willen dan ook bereiken dat de leefbaarheid in probleemwijken in grote steden en andere gebieden verbetert. De praktische invulling hiervan is de verantwoordelijkheid van diegenen die hier dagelijks mee te maken hebben. Zij weten het best welke oplossingen in die specifieke lokale situatie de juiste zijn: de gezamenlijke lokale partijen. Wil de leefbaarheid in een wijk verbeteren, dan moeten we investeren in stenen én in mensen. Bijvoorbeeld door meer en toegankelijkere diensten aan te bieden op die plekken waar sprake is van een achterstandsituatie. Daarnaast willen wij het isolement van kwetsbare groepen bewoners verminderen.
Eén van de doelstellingen van de tweedeconvenantperiode van het Beleidskader grotestedenbeleid 2005–2009 is het inlopen (€ 5,0 miljoen) van de gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen.
Op het terrein van homo-emancipatie zullen wij in 2005 een verdere impuls geven aan de sociale acceptatie van homo's onder burgers, in het bijzonder de positie van homoseksuelen met een andere levensbeschouwing. Dit gebeurt door kansrijke initiatieven te steunen van en door maatschappelijke organisaties, mede als vervolg op het project De Dialoog. In recent onderzoek bij gemeenten zijn hierin knelpunten

gesignaleerd op de terreinen welzijn, zorg en onderwijs. Wat betreft het onderwijs gaat het daarbij om het gegeven dat een aantal leerlingen moeite heeft met de geaardheid van een aantal leraren en leerlingen. Om lokale besturen, instellingen en groepen burgers te stimuleren problemen op homobeleidsterrein aan te pakken, stellen we in 2005 middelen beschikbaar om de beschikbare informatie toegankelijk te maken, door te geven en te verankeren. Verder zetten we de interdepartementale coördinatie van het homo-emancipatiebeleid van de betrokken departementen voort.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn indirect verantwoordelijk voor het stelsel van voorzieningen op lokaal niveau dat de maatschappelijke participatie en eigen verantwoordelijkheid van burgers vergroot. De verantwoordelijkheid voor een samenhangend stelsel op lokaal niveau ligt bij gemeenten. Wij ondersteunen de gemeenten, zodat ze hun lokale participatiebeleid kunnen vormgeven.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Subsidies
- *Het lokale vrijwilligerswerkbeleid en de lokale ondersteuningsstructuur kwalitatief versterken*
  Wij willen de opbrengsten van de succesvolle impuls door de Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk (TSV) en de commissie Vrijwilligersbeleid structureel verankeren. Daarom komen wij in 2005 door middel van het programma Versterking Lokaal Vrijwilligerswerk met een ondersteuningsaanbod voor gemeenten en provincies. De TSV was bedoeld om het aantal vrijwilligers fors te vergroten. In de Visienotitie vrijwilligerswerkbeleid 2005 – 2008 willen we voornamelijk de kwaliteit verbeteren. Deze visienotitie zullen wij in 2005 uitvoeren.
- *Vrijwilligerswerk door jongeren stimuleren*
  Bestaande en innovatieve programma's zullen meer gericht moeten worden op schoolgaande en schoolverlatende jongeren, zoals de maatschappelijke stages. De minister van OCW streeft ernaar dat in 2007 minimaal een kwart van de scholen voor voortgezet onderwijs de maatschappelijke stage in het curriculum heeft opgenomen. Onze verantwoordelijkheid is de «ontvangende zijde»: de vrijwilligerssector die de vele duidenden stageplaatsen moet bieden. Het Civil society Instituut Vrijwillige Inzet Quality (CIVIQ) ontvangt extra subsidie voor vrijwilligerswerk door en voor jeugdigen.
- *De belemmeringen voor het vrijwilligerswerk via wet- en regelgeving verminderen*
  Ontwikkelingen op andere beleidsterreinen van de rijksoverheid kunnen vaak onbedoelde nadelige gevolgen hebben voor vrijwilligers en hun organisaties. In de afweging van maatschappelijke belangen zal dat niet altijd voorkomen kunnen worden. Wij willen de mogelijke negatieve gevolgen voor het vrijwilligerswerk signaleren en minimaliseren. In 2005 zullen we op basis van het onderzoek dat het CIVIQ verricht, een keuze maken voor de regelgeving die we als eerste zullen aanpakken. Daarnaast zullen wij fors inzetten op een optimale informatievoorziening en voorlichting in de vrijwilligerssector over relevant rijksbeleid en wet- en regelgeving.
- *De leefbaarheid in steden, wijken, dorpen en kernen vergroten*
  In 2005 komen wij met een programma dat al ontwikkelde kennis meer inzet, de ondersteunende impulsteams verzorgt en knellende regelgeving wegneemt. Daarnaast starten wij in 2005 gezamenlijk met enkele gemeenten in 2005 een pilot om te bezien waaraan behoefte is, in

zowel de grote steden als plattelandsgemeenten. Onze inzet moet de achterstandssituatie in de aangewezen gebieden meetbaar verminderen. Daarnaast is er de Buurt, onderwijs, sport-regeling (BOS), een subsidieregeling die bij gemeenten de combinatie tussen buurt, sport en jeugd moet stimuleren. Deze subsidieregeling richt zich op sportdeelname, vrijetijdsbesteding en gezondheidsbevordering van jeugdigen. De BOS-impuls ontwikkelt een effectieve lokale aanpak om jongeren te activeren. Het gaat om jongeren die risico's lopen ten aanzien van gezondheid, sociale uitsluiting of ontsporing. Ook willen we de leefbaarheid van buurten en wijken verbeteren.
- *Homo-emancipatiebeleid*
  Instellingssubsidie aan het Internationaal Homo/Lesbisch Informatiecentrum en Archief (IHLIA) en projectsubsidies.

34.2.3 Het zorgen voor toegankelijke informatie en verbetering van kwaliteit in de maatschappelijke zorg

Beleidseffecten
Wij zullen in het komende jaar voorstellen doen voor een nieuwe opzet van de kennisinfrastructuur voor de maatschappelijke zorg. Het is gebleken dat het nauwelijks mogelijk is om de prestaties van instellingen die op dit terrein actief zijn, te meten en onderling te vergelijken. Wij willen bereiken dat informatie en prestaties binnen deze sector transparanter en overzichtelijker worden. Ook zullen de kennisinstellingen een belangrijke rol vervullen bij de WMO. In het kader van het nieuwe VWS-subsidiebeleid zullen de kennisinstellingen op dit terrein meer gebundeld moeten opereren. In 2005 beogen wij daarom het volgende:

- *De kennisinstellingen gaan de uitvoeringgerichter ondersteunen, vraaggerichter werken en meer samenwerken*
  Kennisinstellingen krijgen een rol bij de invoering en de daadwerkelijke uitvoering van de WMO. Deze instellingen zullen daarvoor de gemeenten en het uitvoerend werk terzijde moeten staan. Daarnaast zullen kennisinstellingen hun inhoudelijke focus ten dele moeten verleggen en een aantal terreinen samenbrengen die tot nu toe betrekkelijk los van elkaar stonden. Ook moet de nadruk meer komen te liggen op de vragen die leven bij andere overheden en het veld. Verder zal het nieuwe subsidiebeleid van VWS andere eisen stellen aan de manier waarop de verschillende kenniscentra waarmee wij samenwerken, georganiseerd en ingericht zijn. Daartoe ontwikkelen wij een apart programma Maatschappelijke Inzet.

- *Een helder informatiesysteem ontwikkelen dat voorziet in de informatiebehoefte van rijk, gemeenten, instellingen en burgers*
  In 2003 startten wij het project Welzijn Informatie Landelijk en Lokaal (WILL). Met dit project willen wij gegevens standaardiseren over de maatschappelijke zorg, meting van prestaties, bovenlokale benchmarking van prestaties en kwaliteitsverbetering van de organisaties. Hierdoor kunnen we toetsen of we vooraf afgesproken doelen inderdaad hebben gehaald. Daartoe zullen we een centraal ICT-informatiesysteem invoeren dat het mogelijk maakt dat alle participerende instellingen hun gegevens landelijk standaardiseren en die automatisch kunnen aanleveren. De inzet is om in 2007 voor het eerst de gegevens van alle aangesloten instellingen te verzamelen en te bewerken en vervolgens in geaggregeerde vorm op lokaal en landelijk niveau te verspreiden.

- *Zelfreguleringsinstrumenten invoeren waarmee instellingen zelf hun kwaliteit kunnen aantonen, zoals certificering, visitatie en klanttevredenheidsonderzoeken*
  Wij willen bereiken dat er objectieve methoden voor kwaliteitstoetsing komen, zoals interne audits en certificering in de deelsectoren sociaal-cultureel werk en ouderenwerk. Deze zijn goed bruikbaar in de (inkoop)onderhandelingen tussen instelling en gemeente en bieden de burger een handvat wanneer hij de instelling wil kiezen die het best bij zijn vraag past. Daarnaast willen wij dat organisaties die maatschappelijk ondersteunen, zich kwaliteitsbewust gaan opstellen.

- *De professionaliteit van de beroepsbeoefenaren verbeteren*
  De kwaliteit van het werk in de maatschappelijke zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de competenties van de werknemers. Deze moeten dan ook optimaal aansluiten bij de vraag en moeten daarom regelmatig worden geactualiseerd. Hiertoe zijn we in 2003 gestart met het project Herziening Beroepenstructuur Zorg en Welzijn dat we in 2005 zullen voltooien. Op landelijk niveau is de beroepenstructuur het instrument waarmee de sector aan het beroepsonderwijs aangeeft over welke competenties (toekomstige) beroepsbeoefenaren moeten beschikken. Individuele zorg- en welzijnsinstellingen kunnen deze beroepenstructuur gebruiken voor competentiemanagement.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn direct verantwoordelijk voor de landelijke kennisinfrastructuur voor het lokale beleid. Ook moeten we garant staan voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de door deze infrastructuur geleverde informatie.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Subsidies
- Wij zullen subsidies beschikbaar stellen aan die instellingen waarvan wij verwachten dat zij een bijdrage kunnen leveren aan de WMO.
- Wij financieren het project Welzijn Informatie Landelijk en Lokaal (WILL) dat loopt van 2003 tot en met 2007. In het najaar van 2004 stuurt de Tweede Kamer een verslag van de vorderingen van de eerste achttien maanden van het project.
- Wij financieren het project Kwaliteitsverbetering MOgroep, dat loopt van 2004 tot 2007.
- Wij financieren het project Herziening Beroepenstructuur Zorg en Welzijn van het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn).

34.2.4 Afbouw/overdracht van taken

De afbouw en overdracht van taken is geen operationeel doel. Hier wordt een budget geraamd en verantwoord dat nodig is om subsidies over te dragen en af te bouwen, doordat het subsidiebeleid herzien is. Het betreft een aantal lopende projecten en instellingssubsidies die we als posterioriteit beschouwen. Hierop gaan we vervolgens geen nieuwe verplichtingen aan. De opgenomen raming betreft uitfinanciering van de in het verleden aangegane verplichtingen.

34.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**59 208**	**44 155**	**40 510**	**38 353**	**38 744**	**38 754**	**38 756**
Uitgaven	**67 924**	**58 390**	**41 415**	**40 356**	**38 901**	**38 757**	**38 756**
Programma-uitgaven	**64 430**	**55 419**	**39 219**	**38 491**	**37 036**	**36 892**	**36 891**
Zelfredzaamheid van burgers	0	2000	474	215	0	0	0
Maatschappelijke participatie en leefbaarheid	34 455	27 172	21 719	21 520	21 004	21 013	21 013
Waarvan specifieke uitkeringen	*9 410*	*7 424*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Toegankelijke informatie en verbetering kwaliteit	29 155	17 695	13 509	14 169	13 478	13 325	13 325
Afbouw/overdracht van taken	820	8 552	3 517	2 587	2 554	2 554	2 553
Apparaatsuitgaven	**3 494**	**2 971**	**2 196**	**1 865**	**1 865**	**1 865**	**1 865**
Ontvangsten	**4 737**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		41 415		40 356		38 901		38 757		38 756
2	Waarvan apparaatsuitgaven		2 196		1 865		1 865		1 865		1 865
3	Programma uitgaven		39 219		38 491		37 036		36 892		36 891
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	67%	26 316	2%	712	1%	321	0%	110	0%	63
5	Bestuurlijk gebonden	17%	6 603	82%	31 429	82%	30 365	82%	30 432	83%	30 478
6	Beleidsmatig gereserveerd	16%	6 300	16%	6 350	17%	6 350	17%	6 085	11%	4 000
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	–	0%	–	0%	–	1%	265	6%	2 350
8	Totaal	100%	39 219	100%	38 491	100%	37 036	100%	36 892	100%	36 891

De post «juridisch verplicht» bestaat in 2005 voor het overgrote deel uit instellingssubsidies (€ 24,4 miljoen) op de verschillende programma-onderdelen. Vanaf 2006 zijn deze instellingssubsidies opgenomen onder de post «bestuurlijk gebonden». Onder deze rubriek zijn bovendien de geraamde kosten van de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het Grotestedenbeleid 2005–2009 om de leefbaarheid in wijken te verbeteren (€ 5,0 miljoen) geboekt. De beleidsmatige reserveringen hebben betrekking op de uitvoering van nieuwe beleidsprioriteiten zoals het vrijwilligersbeleid van het cluster «Lokale agenda/meedoen».

34.4 Evaluatieprogrammering

In 2005 zal de laatste jaarlijkse TSV-evaluatie plaatsvinden.

BELEIDSARTIKEL 35: SPORTBELEID

35.1 Algemene beleidsdoelstelling

Met inachtneming van de intrinsieke waarde van de sport, de maatschappelijke waarde ervan optimaal benutten en negatieve aspecten tegengaan

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- De publicatie van een visiedocument voor het sportbeleid (35.1).
- BOS-regeling (Buurt, Onderwijs, Sport) invoeren (35.2.1).
- Modernisering sportopleidingen (35.2.1).
- Ondersteuning van een beperkte professionalisering in de sportvereniging (35.2.1).
- Invulling van het nationaal actieplan bewegen (35.2.1).
- Voortzetting van de stipendiumregeling voor topsporters (35.2.2).

Deze maatregelen worden in dit artikel toegelicht.

De individuele burger bevordert de sociale cohesie op lokaal niveau en draagt bij aan zijn gezondheid en welzijn door sport te beoefenen. Het Hoofdlijnenakkoord benadrukt dat door sport de vraag om zorg kan worden teruggedrongen en de volksgezondheid kan worden bevorderd. Het overheidsbeleid is er dan ook op gericht de sport waar nodig te ondersteunen. Daarbij is het noodzakelijk dat VWS samenwerkt met de ministeries BZK, OCW, BuZa en Justitie op terreinen als jeugd-, preventie-, en ouderenbeleid.

De uitwerking van het herziene (project)subsidiebeleid wordt hier uiteengezet voor het programma sport. De speerpunten in het sportbeleid zijn:

- Sportgezondheid; de nota Sport, bewegen en gezondheid (TK 2000–2001, 27 841 II) verder uitvoeren.
- Breedtesport; de breedtesportimpuls, projecten gericht op organisatorische integratie en internationale activiteiten.
- BOS-regeling; stimuleren van samenwerking door buurt, onderwijs en sport.
- Kader; activiteiten ondersteunen die de kwaliteit van het sportkader, het project Samenhang en Modernisering Sportopleidingen en het project Verenigingsondersteuning bevorderen.
- Topsport; de topsportbeleidsplannen, projecten gericht op talentherkenning en -ontwikkeling, het topsportevenementen en -accommodatiebeleid en het stipendium ondersteunen.

Tabel 35.1: Projectsubsidies programma sport 2005

Omschrijving	Bedrag x € 1 000	artikel
Sportgezondheid	3 850	35
Breedtesport	1 200	35
BOS-regeling	9 500	35
Kader	4 450	35
Talentherkenning en -ontwikkeling	2 500	35
Stipendium	3 300	35
Evenementen en accommodaties	4 700	35
Totaal:	29 500	

In bovengenoemde bedragen zijn de instellingssubsidies (voor topsport, deskundigheidsbevordering en sportmedisch beleid) en doorlopende projectverplichtingen niet inbegrepen. Daarnaast zijn de specifieke uitkeringen in het kader van de breedtesport (breedtesportimpuls) niet in het overzicht opgenomen. De verdere uitwerking van deze speerpunten vindt u onder de operationele doelstellingen (1 tot en met 3 in paragraaf 35.2.1, speerpunt 4 in paragraaf 35.2.2).

In 2005 zullen er diverse inspanningen worden verricht op het internationale vlak. De Verenigde Naties (VN) hebben het jaar 2005 uitgeroepen tot internationaal jaar van sport en lichamelijke opvoeding. Het jaar volgt op het Europees jaar van opvoeding door sport (2004) dat VWS en OCW gezamenlijk uitvoeren. Het VN-jaar biedt goede mogelijkheden om nationaal en internationaal aandacht te vragen voor de maatschappelijke waarden van sport («sport as a means to promote education, health, development and peace»). Voortbouwend op het Europees jaar zullen we in Nederland met name aandacht moeten vragen voor de relatie tussen onderwijs en sport («noting the growing marginalization of sport and physical education within educational systems»), de samenwerking op lokaal niveau in de buurt-onderwijs-sportdriehoek (BOS) en internationale samenwerkingsprojecten. We stellen voor de speerpunten uit het Europees jaar van opvoeding door sport te handhaven: gezondheid, integratie, en waarden en normen.

Aard van de verantwoordelijkheid
Als deel van onze verantwoordelijkheid ondersteunen we de te verbeteren kwaliteit in de sportbeoefening en de fysieke en organisatorische sportinfrastructuur. In 2005 zullen wij een visiedocument over het sportbeleid uitbrengen waarin we aangeven op welke wijze wij aan verschillende terreinen en thema's bijzondere aandacht besteden. De organisatie van sport komt voor in zowel de private sector als de overheidssector. In dit document zullen we de verantwoordelijkheidsverdeling tussen die twee sectoren beschrijven.

35.2 Operationele beleidsdoelstellingen

Voor het sportbeleid hebben we de volgende twee operationele beleidsdoelstellingen gedefinieerd:
- Een verantwoorde sportbeoefening door een breed publiek stimuleren, in een kwalitatief hoogwaardige (fysieke en organisatorische) sportinfrastructuur, ook om sociale cohesie, integratie, tolerantie en volksgezondheid te stimuleren.
- De beoefening van topsport in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden bevorderen.

35.2.1 Een verantwoorde sportbeoefening door een breed publiek stimuleren, in een kwalitatief hoogwaardige (fysieke en organisatorische) sportinfrastructuur, mede om sociale cohesie, integratie, tolerantie en volksgezondheid te stimuleren

Beleidseffecten
In de nota Wat sport beweegt (TK 1996–1997, 25 125, nr. 2) en in de beleidsbrief Breedtesport (TK 1998–1999, 26 632, nr. 1) zijn we ingegaan op de waarden die (breedte)sport voor het individu en de maatschappij heeft. Sport is een belangrijk onderdeel van de sociale infrastructuur. Sport draagt bij aan het algemeen lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn

van mensen en biedt een ontmoetingsplaats in wijken en buurten. In het onderstaande vindt u de beleidseffecten die wij op de speerpunten willen bereiken.

Sportgezondheid
Met het sportbeleid willen we lichaamsbeweging bevorderen en sportblessures voorkomen. Daarom streven we naar een stijging van het aantal mensen dat voldoet aan de normactiviteit[1]. In cijfers ziet dat er als volgt uit: van 40% (1998) naar 45% in 2005 en naar 50% in 2010. Bewegingsarmoede[2] moet dalen van 12% (1998) naar 10% in 2005 en naar 8% in 2010. Bij burgers moet de kennis van voldoende bewegen toenemen. Dat wil zeggen dat de inhoud van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen bekender moet worden. In cijfers: van 0% (1998) tot 50% in 2005 en tot 75% in 2010. Als speerpunt is geformuleerd: gezonde lichaamsbeweging stimuleren en inactiviteit tegengaan via alle relevante «beweegbronnen» (sport, school, recreatie, werk, transport en thuis). Daarbij gaat speciale aandacht uit naar mensen met een chronische ziekte. Op dit moment werken we op verzoek van de Tweede Kamer[3] aan een nog in 2004 uit te brengen nationaal actieplan om bewegingsarmoede te bestrijden.
Jaarlijks doen zich ongeveer twee miljoen sportblessures voor. De kans op een sportblessure is 13% (per 1000 uur), voor topsporters is die kans zelfs 60%. Daarom willen we het blessurerisico verlagen van 13% (2002) tot 10% in 2010. Om hersenletsels bij het boksen en voetballen te voorkomen, zal VWS in overleg met die sporttak specifieke maatregelen treffen.
In het najaar van 2004 wordt het trendrapport Gezondheid en Bewegen uitgebracht waarin de meest recente gegevens over bewegen en sportblessures zijn opgenomen.

Breedtesport
Het breedtesportbeleid van VWS ondersteunt gemeenten, provincies en sportbonden om activiteiten uit te voeren die de lokale sportinfrastructuur versterken. Ook stimuleert VWS sport als middel om maatschappelijke problemen op te lossen. Daarnaast vermeerdert het breedtesportbeleid de sportmogelijkheden voor mensen met een beperking, door gebruik te maken van de bestaande sportinfrastructuur.

BOS-regeling
Door het stimuleren van samenwerking van buurt, onderwijs en sport, ontwikkelt VWS een effectieve lokale aanpak om jongeren te activeren. Het gaat om jongeren die risico's lopen ten aanzien van gezondheid, sociale uitsluiting of ontsporing.

Kader
Sportclubs zijn voor een belangrijk deel afhankelijk van de inzet van vrijwilligers. In 2002 telden de Nederlandse sportverenigingen 1,2 tot 1,3 miljoen vrijwilligers. Uit de verenigingsmonitor 2003 blijkt dat het tekort aan vrijwilligers iets daalt, maar dat het nog wel grote zorgen baart bij de sportverenigingen. Het kaderbeleid richt zich op het volgende:

- Het kwantitatieve kadertekort terugdringen, waarbij we jongeren werven en de knelpunten bestrijden die ontstaan door administratieve lasten.
- De sportvereniging beperkt professionaliseren om de vrijwilligers in de sportverenigingen te ondersteunen.
- Stimuleren dat het aantal gediplomeerde trainers en coaches in de toekomst substantieel toeneemt.
- Gemoderniseerde sportopleidingen aanbieden, waar mogelijk in samenwerking met MBO-opleidingen (OCW).

[1] Volwassenen voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen als zij op ten minste vijf dagen van de week een half uur matig intensief lichamelijk actief zijn. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit zijn fietsen of flink doorwandelen.
[2] Er is sprake van bewegingsarmoede als iemand op geen enkele dag van de week een half uur matig intensief lichamelijk actief is.
[3] TK 2003–2004 29 200 XVI, nr. 43.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Kennis- en expertiseontwikkeling

- Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) heeft een functie als expertisecentrum en ondersteunt sportbonden, provincies en gemeenten. De activiteiten van het NISB zijn onderverdeeld in drie programmalijnen, een kennis- en informatiecentrum en expertisepunten. De programmalijnen zijn: 1) Sport en bewegen lokaal ontwikkelen. 2) Buurt, onderwijs, sport: wijkgerichte aanpak. 3) Gezondheid en actieve leefstijl. Voor deze programmalijnen verleent VWS subsidie. De doelstelling van het NISB is de positieve maatschappelijke waarde van sport en bewegen zo goed mogelijk te benutten. NISB doet dat op verzoek van overheden en organisaties van particulier initiatief.
- Het Mulier-instituut voor sociaal-wetenschappelijk sportonderzoek ontwikkelt kennis en stelt die beschikbaar voor de verschillende sportbeleidsmakers. Een vierjarige projectsubsidie (2003–2006) is toegekend voor een aantal onderzoeksprogramma's, waaronder kwaliteiten van sport en effecten van beleidsinterventies.

Subsidies

Op het gebied van sportgezondheid is er subsidie voor het volgende:

- Sportmedisch beleid door sportorganisaties ontwikkelen en uitvoeren.
- Projecten ondersteunen die gericht zijn op bewegingsbevordering en blessurepreventie.
- Leefstijlcampagnes multimediaal ondersteunen en promoten (zoals bijvoorbeeld de FLASH-campagne).

Naast de inzet van het subsidie-instrument worden sportbonden aangesproken op de mogelijkheden om hun sporttak veiliger te maken door (beter) gebruik te maken van bestaande maatregelen (zoals beschermingsmiddelen en voorlichting).

Op het gebied van de breedtesport is er subsidie voor het volgende:

- Breedtesportprojecten ondersteunen van gemeenten, provincies en landelijke sportorganisaties. Vanaf 2000 zijn na vijf tranches 265 gemeenten met een breedtesportproject gestart. Deze gemeenten vertegenwoordigen circa tweederde van de Nederlandse bevolking. Voor de zesde en tevens laatste tranche zijn 55 aanvragen van (82 samenwerkende) gemeenten ingediend. In totaal is voor deze tranche € 7 miljoen beschikbaar. De toekenning van uitkeringen aan gemeenten zal op grond van de in de regeling vermelde criteria plaatsvinden. Inmiddels zijn alle twaalf provincies gestart met een breedtesportproject en is aan 33 sportbonden een subsidie toegewezen in het kader van de breedtesportimpuls (BSI).
- Sociaal-preventieve projecten ondersteunen die erop gericht zijn het voetbalvandalisme terug te dringen. Daartoe is een meerjarenafspraak gemaakt met de KNVB en is er een, door VWS ondersteund, landelijk informatiepunt supportersbeleid ingericht.
- Initiatieven die gericht zijn op de integratie van gehandicaptensport.
- Een informatiecampagne Good Practices (gezondheid, integratie, en waarden en normen).

In verband met de BOS-regeling is er subsidie om:

- De samenwerking tussen buurt, onderwijs en sport op lokaal niveau te stimuleren. Doel van deze samenwerking is jeugdigen te activeren die risico's lopen ten aanzien van gezondheid, sociale uitsluiting of ontsporing.

Voor het kader in de sport is er subsidie om:
- Via lokale en nationale impulsen op het gebied van vrijwilligersbeleid, de strategisch belangrijke doelgroep «jeugd» als vrijwilliger te werven en het vrijwilligerswerk voor deze doelgroep aantrekkelijker te maken.
- Op een vernieuwde manier het sporttechnisch kader en het verenigingsmanagement professionaliseren. Hiermee ondersteunen we de vele vrijwilligers in de sport.
- Het kwalitatieve tekort aan trainers/coaches, arbitrerend en jurerend kader te helpen terugdringen.
- Sportopleidingen te moderniseren en de sportopleidingen in te bedden in een samenhangend opleidingsstelsel. Hierbij stimuleren we nieuwe vormen van leren en brengen we de opleiding op maat en «aan huis».
- Vrijwillig kader (ook jongeren) in internationale (sport-)projecten in te zetten en uit te wisselen.

35.2.2 De beoefening van topsport in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden bevorderen

Beleidseffecten
Topsport is een belangrijke economische factor en leidt door het mondiale bereik tot Holland Promotie. Topsport heeft ook belangrijke waarden voor de samenleving die minder snel opvallen. Topsporters inspireren andere – vooral jonge – mensen om ook aan sport te gaan doen. Topsporters beïnvloeden de beeldvorming van mensen en leveren daardoor een bijdrage aan integratie en socialisatie van minderheidsgroepen. Het zijn deze maatschappelijke waarden die mede ten grondslag liggen aan het topsportbeleid.

De rijksoverheid streeft naar een goed topsportklimaat waarin niet alleen goede prestaties en (gouden) medailles gehaald kunnen worden, maar vooral ook naar een klimaat waarbinnen topsporters uit verschillende disciplines zich op een verantwoorde manier met hun sport kunnen bezighouden. Voor de topsport is het van belang om talenten vroegtijdig te ontdekken en op te leiden. Vervolgens hebben de topsporters hoogwaardige (sporttechnische en- medische) begeleiding nodig. Daarbij moet er aandacht zijn voor de maatschappelijke positie van de fulltime topsporter die onvoldoende inkomen genereert met zijn topsportbeoefening.
Topsport is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de georganiseerde sport. De rijksoverheid heeft een ondersteunende en stimulerende taak. Het topsportbeleid van de rijksoverheid moet het positieve van topsport bevorderen en de negatieve bijverschijnselen tegengaan zoals dopinggebruik.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
- Activiteiten van landelijke sportorganisaties ondersteunen die talenten herkennen en ontwikkelen.
- Een hoogwaardige begeleidingsstructuur ondersteunen, vooral op sporttechnisch en sportmedisch gebied.
- De topsportinfrastructuur versterken, in het bijzonder waar het gaat om trainings- en wedstrijdaccommodaties en de organisatie van evenementen. Hieronder vindt u een weergave van het aantal aanvragen dat hiervoor is ingediend en dat gehonoreerd is.

Tabel 35.2: Subsidieaanvragen topsportevenementen en -accommodaties

Totaal aantal subsidieaanvragen	2003	2004[1]
Aantal	68	70
waarvan voor topsportevenementen		
Voor een haalbaarheidsonderzoek	8	7
Voor een bidprocedure[2]	3	5
Voor de organisatie	38	35
waarvan voor topsportaccommodaties		
A-accommodaties	3	6
B-accommodaties	8	13
waarvan voor internationale bestuurders		
	8	4
Beslissing		
Toegewezen	56	43
Afgewezen	12	27

Bron: administratie VWS.

1 Opgave per mei 2004.

2 Een bid is een document waarin de landelijke sportorganisatie een voorstel aan de internationale organisatie doet over, onder meer, de wijze waarop men het evenement wil gaan organiseren.

- In de zomer van 2005 zullen de Koninkrijksspelen voor de jeugd worden gehouden op Curaçao. Dit evenement, waar de Koninkrijksband centraal staat en waar jeugdige topsporters een sportieve competitie aangaan, wordt vanuit VWS, BZK, de Antillen en het eilandgebied Curaçao ondersteund.
- De Stipendiumregeling is een regeling voor A-topsporters met een inkomen dat lager is dan het minimumloon. De regeling voorziet in een financiële bijdrage voor deze sporters. In 2004 evalueren we de regeling, waarna we besluiten over de vorm van de regeling. Hieronder een weergave van het aantal sporters dat gebruikmaakt van deze regeling.

Tabel 35.3: Aantal A-topsporters dat gebruikmaakt van de Stipendiumregeling

Peildatum	A-topsporters	Waarvan stipendium genieten:	
Feb. 2001	353	150	43%
Mei 2002	477	241	51%
Juni 2003	452	245	54%
Mei 2004	489	266	54%
2005		Raming; 275	

Bron: Fonds voor de Topsporter.

- Doping tegengaan door bonden en specifieke organisaties te ondersteunen, internationale afspraken te maken en via het antidopingplatform nationaal af te stemmen.

Een negatief verschijnsel bij topsportbeoefening is dopinggebruik. Dopingbestrijding is primair een verantwoordelijkheid van de sportbranche zelf. De overheid heeft echter ook een verantwoordelijkheid op basis van internationale verplichtingen.
Het beleid van de overheid kent op dit onderdeel een aantal belangrijke doelstellingen. De overheid wil ten eerste de sportbonden stimuleren om

de eigen antidopingactiviteiten actief uit te voeren. Door voorwaarden te stellen willen we onder andere reglementeren en dopingcontroles inzetten. Ten tweede moeten we organisaties in het antidopingbeleid beter coördineren. Ten derde werken we mee aan het streven naar internationale harmonisatie, uitgaande van de beginselen van het nationale antidopingbeleid. Dit gebeurt met name in het kader van een nieuw te ontwikkelen Unesco-conventie en het bestuurslidmaatschap van WADA.

Tabel 35.4: Aantal controles dat DoCoNed in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd en het aantal «positieve» gevallen, dat hieruit naar voren is gekomen

Jaar	Aantal controles	Aantal bevindingen
2002	2 755	45
2003	2 792	35[1]
2004	Voorgenomen: 2750	
2005	Voorgenomen: 2750	

Bron: Jaarverslag DoCoNed.

[1] Daarnaast zeven hoge testosteron/epitestosteron-ratio's waar nader onderzoek voor nodig is (deze werden voorheen als bevinding meegenomen).

Verlaagd belastingtarief

Er is een verlaagd BTW-tarief ingesteld voor de toegang tot kermissen, attractieparken, sportwedstrijden en -accommodaties. In plaats van het normale BTW-tarief van 19% geldt voor de levering van deze goederen of diensten het verlaagde tarief van 6%. Het doel is om de toegankelijkheid van cultuur, en sport(beoefening) te bevorderen.

35.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**80 892**	**63 444**	**58 591**	**63 932**	**67 344**	**70 552**	**73 392**
Uitgaven	**73 130**	**74 939**	**73 067**	**80 162**	**74 592**	**73 391**	**73 392**
Programma-uitgaven	**70 447**	**72 203**	**70 526**	**77 916**	**72 348**	**71 147**	**71 148**
Breedtesport	52 366	54 399	49 893	57 815	56 398	55 196	55 197
Waarvan specifieke uitkeringen	*10 443*	*10 319*	*19 564*	*27 798*	*27 277*	*27 734*	*26 734*
Topsport	18 081	17 804	20 633	20 101	15 950	15 951	15 951
Apparaatsuitgaven	**2 683**	**2 736**	**2 541**	**2 246**	**2 244**	**2 244**	**2 244**
Ontvangsten	**725**	**31**	**31**	**31**	**31**	**31**	**31**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		73 067		80 162		74 592		73 391		73 392
2	Waarvan apparaatsuitgaven		2 541		2 246		2 244		2 244		2 244
3	Programma uitgaven		70 526		77 916		72 348		71 147		71 148
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	47%	32 824	20%	15 415	10%	7 561	5%	3 573	1%	961
5	Bestuurlijk gebonden	28%	20 000	40%	31 127	43%	31 127	44%	31 127	44%	31 127
6	Beleidsmatig gereserveerd	25%	17 702	40%	31 374	47%	33 660	25%	17 947	29%	20 560
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	26%	18 500	26%	18 500
8	Totaal	100%	70 526	100%	77 916	100%	72 348	100%	71 147	100%	71 148

Het sportbeleid is beschreven in verschillende beleidsnota's (zie hiervoor), waarin de beleidsvoornemens én de middelen die voor sport worden aangewend worden beschreven. Momenteel wordt gewerkt aan een nieuw visiedocument waarbij ook een herijking van de budgetten plaatsvindt. Een deel van het budget is juridisch verplicht. Dit betreft, naast de afbouw- en instellingssubsidies, voor het grootste deel de ondersteuning van meerjarige projecten in het kader van de breedtesport. De instellingssubsidies zijn voor het jaar 2005 juridische verplicht, voor de daaropvolgende jaren zijn deze uitgaven bestuurlijk gebonden. Dit betekent dat een verlaging van dit budget ruimschoots tevoren dient te worden gemeld aan deze organisaties en een wijziging van beleid impliceert. Het bedrag bij «beleidsmatige reserveringen» betreft een raming van uitgaven voor beleidsthema's die zijn voorgenomen in de verschillende beleidsnota's en voor de BOS-regeling.

35.4 Evaluatieprogrammering

De taakstelling op subsidies heeft geleid tot een beperktere evaluatieprogrammering. Hierbij evalueren we vooral de behaalde beleidseffecten en de combinaties van beleidsinstrumenten.

Tabel 35.5: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Met inachtneming van de intrinsieke waarde van de sport, de maatschappelijke waarde ervan optimaal benutten en negatieve aspecten tegengaan.					
Operationele doelstelling 1 Een verantwoorde sportbeoefening door een breed publiek stimuleren, in een kwalitatief hoogwaardige (fysieke en organisatorische) sportinfrastructuur, mede om sociale cohesie, integratie, tolerantie en volksgezondheid te stimuleren.	X	X	X	X	
Operationele doelstelling 2 De beoefening van topsport in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden bevorderen	X				

BELEIDSARTIKEL 36: OORLOGSGETROFFENEN EN HERINNERING WO II

36.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het bieden van (im)materiële ondersteuning aan personen die in het bijzonder zijn getroffen door de gebeurtenissen tijdens de Tweede Wereldoorlog en de Bersiap-periode in Nederlands-Indië en op wie de beginselen «ereschuld» of «bijzondere solidariteit» van toepassing zijn, alsmede het verschaffen van genoegdoening aan leden van onderscheiden gemeenschappen vervolgings-slachtoffers. Daarnaast het levend houden van de herinnering aan de Tweede Wereldoorlog en het versterken van de internationale samenwerking op dit terrein

Belangrijkste nieuwe maatregelen:

- In 2005 wordt in het subsidiebeleid speciale aandacht gegeven aan de activiteiten in het kader van zestig jaar bevrijding (36.2.2).
- In overleg met OCW zal worden bezien op welke wijze de projecten Jeugdvoorlichting WO II-heden beter kunnen aansluiten bij vernieuwingen in het onderwijs (36.2.2).
- Om te voorkomen dat voorwerpen of archieven verloren gaan zal gestart worden met een systematische aanpak op het terrein van conservering (36.2.2).
- De internationale samenwerking zal worden geïntensiveerd door liaisonverbindingen met andere landen (o.a. Oekraïne) en samenwerking tussen herinneringscentra (36.2.2).
- In 2005 gaat het Nederlands paviljoen in Auschwitz open na grondige renovatie (36.2.2).

De maatregelen worden hieronder toegelicht.

In 2005 is het zestig jaar geleden dat de Tweede Wereldoorlog (WO II) eindigde. Dit lustrumjaar zal een van de laatste keren zijn dat overlevende getroffenen van de oorlog nog gezamenlijk in een behoorlijk aantal een lustrum kunnen bijwonen. Het grootste deel van de doelgroep is in de loop van de afgelopen decennia erkend op grond van een van de wetten voor oorlogsgetroffenen. Gezien de leeftijdsopbouw zal het aantal aanvragen bij de PUR naar verwachting de komende jaren verder dalen.

Naast de uitkeringen en pensioenen in het kader van de wetten voor oorlogsgetroffenen stellen we aan de onderscheiden gemeenschappen bedragen beschikbaar. Die zijn bedoeld voor eenmalige individuele uitkeringen en projectuitkeringen om de infrastructuur van die gemeenschappen te versterken. We ondersteunen op materieel en immaterieel gebied, maar we willen ook de herinnering aan WO II in stand te houden. De oorlogsgebeurtenissen moeten ook een waarschuwing zijn voor hedendaagse uitingen van racisme, discriminatie en intolerantie. Hierbij is het van groot belang aan te sluiten bij de gewijzigde samenstelling van de bevolking in de afgelopen jaren. We vertalen de oorlog naar Europees en internationaal perspectief. Dit maakt duidelijk dat vele bevolkingsgroepen die nu in Nederland wonen, ook een verleden hebben in WO II.

Met WO II als vertrekpunt onderzoeken wat de betekenis van deze gebeurtenis is voor het heden. Dat is het uitgangspunt voor activiteiten op het gebied van herinnering, educatie en onderzoek.

36.2 Operationele beleidsdoelstellingen

36.2.1 Een rechtmatige en doelmatige uitvoering van het wettelijke stelsel van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen, van het naoorlogs rechtsherstel, en van de hulpen dienstverlening aan de WO II-getroffenen

Beleidseffecten
De effecten van het wettelijke stelsel van materiële en immateriële voorzieningen liggen in de sfeer van ereschuld en bijzondere solidariteit tegenover de slachtoffers van WO II en de Bersiap-periode. De doelstelling lijkt ongeveer zestig jaar na het einde van de Tweede Wereldoorlog vrijwel te zijn bereikt: het overgrote deel van de doelgroep is bekend met de wetten voor oorlogsgetroffenen en heeft in de loop der jaren kunnen afwegen of hij wel of niet een aanvraag in zou dienen voor een van de pensioen- en uitkeringswetten (TK II 2003–2004, 20 454, nr. 66).

Dat de uitvoering van de wetten zich in de eindfase bevindt, stelt specifieke eisen aan het (overheids)beleid. De politiek-beleidsmatige garantie van continuïteit in de uitvoering zal ook in 2005 vragen om organisatorische aanpassingen Ook moeten de organisaties die diensten verlenen aan oorlogsslachtoffers, waar mogelijk beter samenwerken. Zo bestaan er vergevorderde plannen om binnen het kader van een Kenniscentrum tussen de Stichting 1940–1945, de Stichting Centrum '45 en de Stichting het Sinaï Centrum samen te werken. In 2005 zal er naar verwachting ook meer duidelijkheid zijn over de samenwerkingsmogelijkheden tussen de PUR (Pensioen- en Uitkeringsraad) en de Sociale Verzekeringsbank. Wij hebben tijdens deze herpositionering van organisaties vooral een stimulerende en faciliterende rol.

Uit de publieke en politieke aandacht voor het onderwerp tegoeden Tweede Wereldoorlog vloeit een aantal activiteiten voort die wij sinds 1 mei 1998 uitvoeren of coördineren. Die activiteiten zijn gericht op het rechtsherstel na de Tweede Wereldoorlog. Het betreft onder meer de verdeling en monitoring van de besteding van projectgelden door de Stichting Het Gebaar (voor de Indische gemeenschap) en door de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma (SRSR). De individuele uitkeringen zijn verdeeld. De verdeling van de collectieve middelen is gestart en wordt in 2005 voortgezet. De werkzaamheden van de stichtingen komen na 2007 te vervallen.

Uit tabel 36.1 blijkt dat de daling van het gemiddelde aantal betaalbare pensioenen en uitkeringen zich naar verwachting bij alle wetten voortzet. Bij de Wubo zal het aantal toeslagen op grond van artikel 19 van de Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945 (Wubo) (de zogenoemde toeslag verbetering levensomstandigheden, Vlo) nog enkele jaren stijgen. Deze toeslag is, anders dan de periodieke uitkering, niet afhankelijk van de andere inkomsten van de betrokkene. De totale programma-uitgaven vertonen een vergelijkbaar beeld. De uitgaven voor de bijzondere (medische en sociaal-medische) voorzieningen blijven bij de Wubo in de komende jaren op peil. Het betreft vooral de tegemoetkomingen voor deelname aan het maatschappelijk verkeer en voor huishoudelijke hulp. De stijgende en hoog blijvende uitgaven voor de bijzondere voorzieningen bij de Wubo hebben twee oorzaken. Ten eerste vergrijst de doelgroep en ten tweede zijn de oorlogswetten met ingang van 2001 gewijzigd na het advies van het adviescollege-Van Galen.

Tabel 36.1: Kerngegevens wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen* (bedragen x € 1 miljoen)

	2003 Realisatie	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming	2009 Raming
Wuv							
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. uitkeringen art. 21b)	20 642	19 364	18 220	17 137	16 118	15 167	14 287
Uitgaven Wuv totaal	210,8	192,7	180,7	168,8	157,2	146,9	138,1
Waarvan uitgaven bijzondere voorzieningen	36,5	36,4	35,9	35,0	33,9	32,6	31,1
Wubo							
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. toeslag art. 19)	13 475	13 639	13 653	13 508	13 233	12 913	12 607
Uitgaven Wubo totaal	63,1	63,5	63,4	62,7	61,8	60,7	59,7
Waarvan uitgaven bijzondere voorzieningen	18,8	19,9	20,6	21,1	21,5	21,7	21,8
Wbp							
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	5 182	4 731	4 357	4 013	3 696	3 405	3 137
Uitgaven Wbp totaal	97,7	86,3	79,2	72,9	67,1	61,7	56,8
Wbp-z							
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	441	395	356	321	289	259	234
Uitgaven Wbp-z totaal	8,6	7,5	6,8	6,1	5,5	5,0	4,5
Wiv							
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	222	210	200	190	180	171	162
Uitgaven Wiv totaal	2,9	2,7	2,6	2,5	2,3	2,2	2,1
AOR							
Omvang bestand per ultimo	810	985	1 051	1 102	1 119	1 115	1 101
Uitgaven AOR totaal	4,1	4,6	4,7	4,8	4,8	4,6	4,5

Bron: PUR, AOR december 2003.

* Toelichting:

Wuv: Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945.
Wubo: Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945.
Wbp: Wet buitengewoon pensioen 1940–1945 (verzet).
Wbp-z: Wet buitengewoon pensioen zeeliedenoorlogsslachtoffers.
Wiv: Wet buitengewoon pensioen Indisch verzet.
AOR: Algemene oorlogsongevallenregeling Indonesië (Uitvoeringsorgaan: SAIP).

Aard van de verantwoordelijkheid

Ons beleid, gericht op de getroffenen van de Tweede Wereldoorlog en de Bersiap-periode, is vooral voorwaardenscheppend van aard. Onze verantwoordelijkheid op dit terrein is dus indirect. Het zelfstandig bestuursorgaan PUR voert de vijf pensioen- en uitkeringswetten in opdracht van ons uit. Wij hebben geen directe invloed op het toepassingsbeleid van de PUR. Daarnaast is er een aantal gesubsidieerde categorale instellingen en instellingen voor algemeen maatschappelijk werk die de doelgroep immateriële hulp- en dienstverlening bieden.
De uitvoering van de kabinetsbesluiten rondom het naoorlogs rechtsherstel en het versterken van de infrastructuur van de Sinti- en Romagemeenschap en de Indische gemeenschap is grotendeels opgedragen aan de SRSR en de Stichting Het Gebaar. Wij zijn verantwoordelijk voor het toezicht en de financiering van deze stichtingen. Verder vullen wij het naoorlogs rechtsherstel in door te subsidiëren en te onderzoeken. Voor de resultaten zijn wij indirect verantwoordelijk.
Wij geven onze verantwoordelijkheid inhoud door toezicht te houden op de PUR en op de zelfstandige bestuursorganen binnen het rechtsherstel. Verder monitoren we de kwaliteit van de gesubsidieerde uitvoeringsorganisaties.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Subsidies
Wij subsidiëren diverse instellingen voor immateriële dienstverlening (maatschappelijk werk en sociale dienstverlening) aan oorlogsgetroffenen. Hier noemen we in het bijzonder de drie categorale «begeleidende instellingen» (Stichting 1940–1945/SBO, Stichting Pelita en Stichting Joods Maatschappelijk Werk) en de Stichting Informatie- en Coördinatie-Orgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen (ICODO). Daarnaast hebben we zes instellingen gesubsidieerd van algemeen maatschappelijk werk met een afdeling die gespecialiseerd is in maatschappelijk werk voor oorlogsgetroffenen.

Wet en regelgeving
De vergrijzing van de doelgroep vereist regelmatig dat het wettelijke stelsel wordt aangepast. Onze beleidslijn is dat wijzigingen van wet- en regelgeving in beginsel alleen betrekking hebben op «onderhoud». Het gaat dan bijvoorbeeld om periodieke indexeringen en om de manier waarop wijzigingen in de aanpalende regelgeving doorwerken. Daarnaast wijzigt de PUR regelmatig de uitvoeringsprocedures om op de cliënt gericht te blijven.

Het systeem van outputfinanciering waarborgt dat de bedrijfsvoering van de PUR constant en doelmatig blijft. De parameters van de bekostiging worden elke drie jaar herijkt. Iedere vier jaar wordt de Tweede Kamer op grond van artikel 21 van de Wet PUR geïnformeerd over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de PUR. De eerstvolgende evaluatie is voorzien voor 2005.

Monitoring bedrijfsvoering uitvoeringsorganisaties
Wij bewaken de continuïteit van de uitvoeringsorganisaties door tijdig knelpunten te signaleren en daarop in te spelen. Met de meeste organisaties zijn afspraken gemaakt over hoe het afbouwproces wordt gefaciliteerd.

Toezicht
Wij zijn eindverantwoordelijk voor een rechtmatige, doelmatige en effectieve uitvoering van het wettelijke stelsel voor oorlogsgetroffenen en voor het naoorlogs rechtsherstel.
De rechtmatigheid van de PUR wordt in belangrijke mate gewaarborgd, doordat de externe accountant van de PUR deze controleert. Richtlijnen voor die controle verstrekken wij in het zogenoemde controleprotocol. Momenteel werken we aan de bouw van een elektronisch monitoringsysteem op basis van kengetallen. Dit traject zal in 2005 zijn afgerond. Met het systeem zullen we vooral ook de doelmatigheid en effectiviteit op een goede wijze kunnen volgen.

Tabel 36.2 geeft een overzicht van de (geraamde) apparaatskosten van de PUR in relatie tot het totaal van de (geraamde) pensioenen en uitkeringen. Uit de tabel blijkt dat de apparaatskosten van de PUR en het totaal van de pensioenen en uitkeringen naar verwachting geleidelijk dalen. De apparaatskosten in procenten van de totale pensioenen en uitkeringen laten een licht stijgend verloop zien. Oorzaken zijn de oplopende afbouwkosten (waaronder wachtgelden) en het feit dat er vanwege de hoge afwijzing steeds vaker uitvoeringskosten worden gemaakt, terwijl er geen uitkering of pensioen wordt toegekend.

Tabel 36.2: Apparaatkosten PUR in % van de pensioenen en uitkeringen (bedragen x € 1 000 000)

		2003 Realisatie	2004 Begroting	2005 Begroting	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming	2009 Raming
1	Totale apparaatkosten	29 867	28 201	26 600	25 055	24 208	23 425	22 601
2	Pensioenen/uitkeringen	382 700	352 700	332 700	312 900	294 100	276 500	261 200
3	(1) in % van (2)	7,80%	8,00%	8,00%	8,01%	8,23%	8,47%	8,65%

Bron: PUR mei 2004.

36.2.2 Het zorgdragen voor een infrastructuur zodat zo veel mogelijk mensen betrokken kunnen zijn bij discussies rond het thema «vrijheid»

Beleidseffecten

De beoogde maatschappelijke effecten hebben betrekking op bewustwordingsprocessen en attitudeveranderingen die we in het bijzonder bij de jongeren stimuleren. Aan de herdenkingen van gevallenen en het vieren van vrijheid wordt veel waarde gehecht. Onderzoek van het Nationaal Comité 4 en 5 mei (Nationaal vrijheidsonderzoek 2004) onder de Nederlandse bevolking bevestigt dit: een ruime meerderheid van de ondervraagden vindt het (heel) belangrijk dat de oorlogsslachtoffers worden herdacht op 4 mei (81%) en dat de bevrijding wordt gevierd op 5 mei (76%). Dit geldt voor alle geledingen van de samenleving. Het allergrootste belang hechten de ouderen aan deze dagen. Het belang neemt wat af naarmate de ondervraagden jonger zijn.

Bij de nationale manifestaties staat het respect voor de slachtoffers van toen centraal. Ze zijn echter ook bedoeld als waarschuwing tegen actuele vormen van racisme, discriminatie en intolerantie. Vooral de jeugd moet gewezen worden op de gevaren van vormen van (politiek) extremisme. Het bevorderen van een respectvolle houding tegenover de slachtoffers van WO II en de Bersiap-tijd in Nederlands-Indië en het ontwikkelen van een politiek bewustzijn bij jongeren over de gevaren van (politiek) extremisme, zijn echter complexe vraagstukken, waarbij talloze individuele en maatschappelijke factoren een rol spelen.

In 2005 zal worden bezien op welke wijze de projecten in het kader van het beleid Jeugdvoorlichting WO II-heden beter kunnen aansluiten bij het reguliere onderwijs. Ook zullen we extra aandacht inruimen voor activiteiten die zich richten op allochtone jongeren. Deze verbreding zal zich ook doorzetten in de internationale samenwerking. Waar de grenzen open gaan en steeds meer mensen makkelijker door Europa reizen, is het van belang om de infrastructuur die herinnert aan WO II op meerdere plaatsen in Europa beschikbaar te maken. Samenwerking zal plaatsvinden door liaison-verbindingen, maar ook door verdere samenwerking tussen herinneringscentra.

Op het terrein van herinnering en educatie is een centrale rol weggelegd voor de vier herinneringscentra: Kamp Westerbork, Kamp Vught, Kamp Amersfoort en het Indisch Huis. In het kader van het eerdergenoemde streven naar een grotere effectiviteit van het jeugdvoorlichtingsbeleid zullen we in 2005 kijken naar taken en functies van de herinneringscentra.

Doordat de gemiddelde leeftijd van de vrijwilligers in zelfstandige vrijwilligersorganisaties stijgt, worden ze in hun voortbestaan bedreigd. Veel van die organisaties leveren een belangrijke bijdrage aan herinnering en educatie. Wij ontwikkelen daarom in 2005 in overleg met hen een beleidslijn, zodat een waardevolle infrastructuur behouden kan blijven. Daartoe wordt bezien of hun specifieke werkzaamheden en kennis ingezet kunnen blijven worden door bijvoorbeeld onderling samen te werken, door een nieuw maatschappelijk draagvlak te ontwikkelen met nieuwe fondsen of door activiteiten te laten ondersteunen door professionele organisaties. Het kan dan gaan om educatieve diensten van herinneringscentra.

In 2005 zal gestart worden met een systematische aanpak op het terrein van conservering. Dan gaat het om het in stand houden van voorwerpen uit de oorlogsperiode met een educatief doel; het tastbaar ondersteunen van het verhaal. Anderzijds zullen archieven van organisaties worden beoordeeld op basis van onderzoeksvragen om zo te voorkomen dat waardevol materiaal verdwijnt.

Aard van de verantwoordelijkheid
Op het gebied van «herinnering» stellen wij door subsidiëring verschillende organisaties in staat om een jaarlijkse herdenking en viering te organiseren, een herinneringscentrum in stand te houden of educatieve producten te ontwikkelen. Op die manier zijn wij direct verantwoordelijk voor de instandhouding van een infrastructuur op dit terrein. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de veldorganisaties om zo veel mogelijk mensen te betrekken bij de discussie over de vertaalslag van WO II naar het heden.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Subsidies
- Nationale manifestaties: naast een subsidie aan het Nationaal Comité 4 en 5 mei, worden in het kader van het beleid «herdenken en vieren» subsidies verstrekt aan de Stichting 15 augustus 1945 en aan het Nationaal Comité herdenking capitulatie 1945 Wageningen. Voor 2005 staat een evaluatie van het Nationaal Comité 4 en 5 mei gepland.
- Projectenbeleid Jeugdvoorlichting WO II-heden: een externe adviescommissie «Jeugdvoorlichting WO II-heden» adviseert over te subsidiëren projecten. Het beleid vergroot het bereik en de effectiviteit van de voorlichting. Daarbij wordt speciale aandacht besteed aan de diverse categorieën jongeren en aan een multiculturele samenleving.
- Stichting ICODO: via Stichting ICODO maken wij subsidiëring mogelijk van vrijwilligersorganisaties om de onderlinge lotsverbondenheid van oorlogsgetroffenen via periodieke bijeenkomsten en bulletins gestalte te kunnen geven.
- Herinneringscentra: in het kader van het brede voorlichtingsbeleid over de gebeurtenissen tijdens WO II worden instellingssubsidies verstrekt aan de herinneringscentra Kamp Westerbork, Kamp Vught, Kamp Amersfoort en het Indisch Huis in Den Haag.
- Ook in 2005 subsidiëren wij het Centrum voor Holocaust en Genocidestudies en de daaraan verbonden leerstoel. In 2007 zal een onafhankelijke commissie een tussentijdse evaluatie uitvoeren om te bezien of het wenselijk is dat het centrum en de leerstoel continueren.
- Op internationaal terrein worden subsidies verstrekt aan organisaties die zich inzetten voor een infrastructuur elders in Europa. Nederland neemt deel aan de Taskforce for International Cooperation on

Holocaust Education, Remembrance and Research (ITF-Holocaust). Wij zijn verantwoordelijk voor de Nederlandse bijdrage aan de activiteiten van de taskforce. In samenwerking met het Verenigd Koninkrijk worden in liaisonland Oekraïne projecten op het gebied van educatie en onderzoek gestart. Die projecten zijn gericht op kennisoverdracht.
- In 2005 zal het Nederlands paviljoen in Auschwitz worden geopend na een grondige renovatie. Er zal een geactualiseerde tentoonstelling te zien zijn. Hiervoor verstrekken wij aan het Nederlands Auschwitz Comité in 2004/2005 een projectsubsidie.
- Er worden subsidies verstrekt om waardevolle elementen rond de geschiedenis van WO II te conserveren.
- In 2005 wordt in het subsidiebeleid speciale aandacht gegeven aan de activiteiten in het kader van zestig jaar bevrijding.

Onderzoek
Onderzoek wordt verricht naar:
- De sociale en economische gevolgen van de Japanse bezetting en de daaropvolgende Bersiap- en revolutietijd. Het naoorlogs rechtsherstel is daarin verweven. Een deel van dit onderzoek zal in 2005 worden afgerond.
- De positie van homoseksuelen voorafgaand, tijdens en kort na de Tweede Wereldoorlog. Van de verzameling biografieën en onderzoeken zal een deel in 2005 worden afgerond.

36.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven
In de tabel Begrotingsuitgaven wordt vanaf 2005 een andere indeling van de programma-uitgaven gehanteerd. Dit hangt samen met het project Tegoeden Tweede Wereldoorlog dat op 1 januari 2004 eindigde. De operationele doelstelling voor de activiteiten rond het thema Tegoeden WO II is komen te vervallen. Doorlopende activiteiten op het terrein van het rechtsherstel (bijvoorbeeld de werkzaamheden van de Stichting Het Gebaar en de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma) zijn ondergebracht bij de herziene operationele doelstelling «Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II» (doelstelling 36.2.1). De operationele doelstelling «Herdenken en vieren gebeurtenissen WO II» is omgevormd tot de doelstelling «Infrastructuur Herinnering WO II» (doelstelling 36.2.2). In deze doelstelling is meer aandacht voor de internationale aspecten van herinnering en voor te conserveren verzamelingen en archieven.

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**439 855**	**414 305**	**386 865**	**366 629**	**344 462**	**340 622**	**340 412**
Uitgaven	**443 021**	**413 208**	**389 473**	**367 357**	**345 049**	**340 622**	**340 412**
Programma-uitgaven	**441 615**	**412 054**	**388 406**	**366 357**	**344 014**	**339 691**	**339 481**
Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen	435 663	405 352	382 703	361 154	339 311	334 988	334 778
Waarvan bijdragen aan zbo's	*31 762*	*30 330*	*29 998*	*29 877*	*28 612*	*28 617*	*28 617*
Herdenken en vieren gebeurtenissen WO II	5 952	6 702	5 703	5 203	4 703	4 703	4 703
Waarvan bijdragen aan zbo's	*4 728*	*3 365*	*1 721*	*963*	*964*	*0*	*0*
Apparaatsuitgaven	**1 406**	**1 154**	**1 067**	**1 000**	**1 035**	**931**	**931**
Ontvangsten	**3 033**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		389 473		367 357		345 049		340 622	340 412
2	Waarvan apparaatsuitgaven		1 067		1 000		1 035		931	931
3	Programma uitgaven		388 406		366 357		344 014		339 691	339 481
Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	99%	384 810	96%	350 785	96%	329 331	96%	325 462	96% 325 252
5	Bestuurlijk gebonden	0%	1 795	4%	14 261	4%	13 825	4%	13 371	4% 13 263
6	Beleidsmatig gereserveerd	1%	1 801	0%	1 311	0%	858	0%	858	0% 966
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0% 0
8	Totaal	100%	388 406	100%	366 357	100%	344 014	100%	339 691	100% 339 481

Door het karakter van de pensioen- en uitkeringswetten die het recht op een uitkering of pensioen vastleggen, hebben de hiermee verbonden uitgaven een (juridisch) verplicht karakter. Dit geldt ook voor de apparaatskosten van de PUR, de SAIP, de Stichting Het Gebaar en de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma. De bestuurlijk gebonden uitgaven zijn de structurele subsidies die zijn opgenomen onder de operationele doelstellingen 36.2.1 en 36.2.2, bijvoorbeeld subsidies aan begeleidende instellingen en herinneringscentra.

36.4 Evaluatieprogrammering

Tabel 36.3 geeft een overzicht van de voorgenomen evaluaties op het beleidsterrein Oorlogsgetroffenen en Herinnering WO II.

Tabel 36.3: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene beleidsdoelstelling: Het bieden van (im)materiële ondersteuning aan personen die in het bijzonder zijn getroffen door de gebeurtenissen tijdens de Tweede Wereldoorlog en de Bersiap-periode in Nederlands-Indië en op wie de beginselen «ereschuld» of «bijzondere solidariteit» van toepassing zijn, alsmede het verschaffen van genoegdoening aan leden van onderscheiden gemeenschappen vervolgingsslachtoffers. Daarnaast het levend houden van de herinnering aan de Tweede Wereldoorlog en het versterken van de internationale samenwerking op dit terrein.					
Operationele doelstelling 1 Een rechtmatige en doelmatige uitvoering van het wettelijke stelsel van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen, van het naoorlogs rechtsherstel, en van de hulp- en dienstverlening aan de WO II-getroffenen				X	
Operationele doelstelling 2 Het zorgdragen voor een infrastructuur zodat zo veel mogelijk mensen betrokken kunnen zijn bij discussies rond het thema «vrijheid».			X		

BELEIDSARTIKEL 37: INSPECTIES

37.a Inspectie voor de Gezondheidszorg

37.a.1 Algemene beleidsdoelstelling

Toezicht houden op de staat van de volksgezondheid, op de zorg en de daar gebruikte producten en op de toepassing van patiëntenrechten

Het toezicht heeft tot doel de burger zo veel mogelijk tegen risicovolle situaties op het terrein van de volksgezondheid of binnen de zorg te beschermen. De inspectie signaleert deze risico's, spoort deze op en beperkt ze. Hiermee draagt de inspectie bij aan het vertrouwen van de burger door de volksgezondheid en de kwaliteit en veiligheid van de zorg te beschermen.

Aard van de verantwoordelijkheid
De IGZ valt volledig onder de ministeriële verantwoordelijkheid. De IGZ is daarbinnen onafhankelijk voor de inhoud en wijze waarop ze toezicht houdt en de daaruit voortvloeiende bevindingen die ze vaststelt.

Het toezicht van de inspectie richt zich op vier domeinen:
- Ontwikkelingen (laten) monitoren op het terrein van de volksgezondheid, toezien op preventieve gezondheidszorgactiviteiten en op mogelijke bedreigingen van de volksgezondheid voorbereiden.
- De toepassing van patiëntenrechten monitoren en zonodig toetsen. Het gaat dan in het bijzonder om situaties waarin patiënten beperkte vrijheidsrechten hebben.
- Toezien op de kwaliteit en veiligheid van verleende zorg en zonodig repressief optreden.
- Toezien op de kwaliteit en veiligheid van de binnen de zorg gebruikte genees- en hulpmiddelen, bloed, bloedproducten en weefsels en zonodig repressief optreden.

37.a.2 Operationele beleidsdoelstellingen

Het toezicht van de IGZ kent drie operationele beleidsdoelstellingen, die u hieronder aantreft.

37.a.2.1 Toezicht en interventie op het gebied van de zorg en de volksgezondheid

Beleidseffecten
Door het toezicht moeten we risicovolle situaties kunnen signaleren en beoordelen op het terrein van de volksgezondheid en binnen de zorgverlening. Op basis daarvan geven we adviezen aan overheden, zorgverleners en producenten om de geconstateerde risico's te beperken of weg te nemen. Als er sprake is van ernstige, acute of langdurig risicovolle situaties, dan gaat de IGZ over tot bestuurlijke interventies. De IGZ kan dan samenwerken met het OM of de tuchtrechter, als er sprake is van ernstige nalatigheid of van strafbare feiten.
Toezicht houden kent drie fasen: informatie verzamelen over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, daarna een oordeel daarover vormen en eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren. Op deze driedeling is de werkwijze van de IGZ met de ontwikkeling van het zogenoemde gelaagde en gefaseerde toezicht dan ook afgestemd.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
Met ingang van 2005 ordent de inspectie haar toezicht binnen vier domeinen in vijftien samenhangende inspectieprogramma's, zoals is aangegeven in de brief over de kerntaken van de inspectie van 26 mei 2004. Deze vier domeinen zijn: toezicht op de volksgezondheid, toezicht op patiëntenrechten, toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg en toezicht op kwaliteit en veiligheid van genees- en hulpmiddelen en andere producten.

Voor ieder van deze vijftien inspectieprogramma's is een overzicht gemaakt van de bekende knelpunten en de daaraan ten grondslag liggende risicofactoren. De analyse daarvan dient als basis voor de informatieverzameling in de eerste fase van het toezicht. Verder zullen we de analyse van meldingen over risicosituaties in 2005 systematischer aanpakken.
Voor de tweede fase van het toezicht zijn we voor ieder van deze vijftien inspectieprogramma's nagegaan hoe we het toezicht ter plaatse het best vorm kunnen geven. In 2005 zal dat nog een mix zijn van breed algemeen preventief toezicht aan de hand van beargumenteerde vragenlijsten en een meer toegespitste dataverzameling op specifieke risicoterreinen. Dit laatste is het zogenoemde thematisch toezicht. De komende jaren zal deze tweede fase ook inhoudelijk steeds meer worden gestuurd door de uitkomsten van de eerste fase van het toezicht. De raming van de derde fase van het toezicht, het interventietoezicht, is gebaseerd op ervaringscijfers uit voorgaande jaren.

Door het toezicht te herordenen en de daarmee gepaard gaande herstructurering van de organisatie van de IGZ is het lastig om voor het jaar 2005 een betrouwbare productieraming op te stellen. De tabel hieronder volgt de tot nu toe gehanteerde indeling, waarbij de omvang van de eerste en derde fase van het toezicht (grotendeels) niet in beeld komt. In 2005 zullen we bezien hoe we met een andere indeling een beter inzicht aan de Kamer kunnen verschaffen.

Tabel 37.a.1: Productie IGZ (op basis van toezichtactiviteiten)

	Realisatie 2003	Raming 2004	Raming 2005
Algemeen toezicht (= zowel dataverzameling ter plaatse uit de eerste fase als toezichtbezoeken in de tweede fase naar aanleiding van data-analyse uit de eerste fase)			
Algemeen toezicht en quick scans	2 537	2 500	2 500
Interventietoezicht (= de afhandeling van meldingen: zowel data-analyse uit de eerste fase als toezichtsbezoeken uit de tweede fase):			
Toezichtactiviteiten naar aanleiding van meldingen en calamiteiten	29 175	29 000	29 000
Totaal	31 712	31 500	31 500

Bron: realisatie 2003: IGZ-productieregistratie.

De rapportage over meldingen en calamiteiten omvat de afhandeling van externe meldingen over risicovolle situaties, de afhandeling van verplichte meldingen in het kader van de Wet BOPZ (bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen), de meldingen van bijwerkingen van geneesmiddelen en de meldingen van klinisch onderzoek medische hulpmiddelen.

37.a.2.2 Het uitbrengen van adviezen aan de bewindslieden en anderen en het verstrekken van vergunningen

Beleidseffecten
De adviezen en rapportages die de IGZ uitbrengt, moeten ertoe leiden dat betrokken partijen hun handelwijze aanpassen waardoor risico's worden verminderd en werkwijzen worden verbeterd. Verder geeft de IGZ verklaringen, certificaten en vergunningen af op basis van wettelijke taken die aan de IGZ zijn opgedragen. De IGZ kan namelijk op basis van haar inspectiekennis deze afgifte het best beoordelen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
Het toezicht levert informatie op over de kwaliteit van de geleverde zorg, de samenhang binnen de zorg (ketenbenadering) en de wijze waarop de kwaliteit wordt bewaakt. De informatie gebruikt de inspectie voor het toezicht maar vormt ook de basis om bewindslieden, andere overheden en veldpartijen te adviseren. Soms hebben deze adviezen het dwingende karakter van een richtlijn, bijvoorbeeld in het kader van infectiepreventie. Naast deze beleidsadvisering (gevraagd en ongevraagd) verstrekt de IGZ ook adviezen voor vergunningen, certificaten en im- en exportverklaringen. Daarbij gaat het onder andere om exportcertificaten voor genees- en hulpmiddelen, import- en exportverklaringen op basis van de Opiumwet, vergunningen in het kader van de Kernenergiewet, toestemming voor invoer van ongeregistreerde geneesmiddelen, inschrijvingen in het BIG-register et cetera.

Het aantal gevraagde en gegeven adviezen en het aantal af te geven verklaringen, certificaten en vergunningen kan jaarlijks sterk variëren en is dus moeilijk te voorspellen. De ramingen 2004–2005 zijn dan ook gebaseerd op ervaringen uit eerdere jaren.

Tabel 37.a.2: Productie IGZ (adviezen, verklaringen, certificaten en vergunningen)

	Realisatie 2003	Raming 2004	Raming 2005
Adviezen en richtlijnen	6 518	6 500	6 500
Verklaringen, certificaten en vergunningen	9 547	9 500	9 500
Totaal	16 065	16 000	16 000

Bron: realisatie 2003: IGZ-productieregistratie.

37.a.2.3 Het uitbrengen van overzichtspublicaties over de staat van de volksgezondheid en de gezondheidszorg

Beleidseffecten
Doordat we overzichtspublicaties uitbrengen, krijgen de bewindslieden, de Kamer en betrokken partijen in het veld inzicht in de staat van de volksgezondheid of de kwaliteit en veiligheid binnen de zorg. Op basis van deze informatie kunnen zij actie ondernemen om geconstateerde problemen aan te pakken.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
Op basis van de resultaten uit het toezicht en de analyse van de meldingen produceert de IGZ jaarlijks vijftien tot twintig samenvattende inspectierapporten. Naast deze rapporten publiceert de IGZ korte rapportages over minder brede onderwerpen, de zogenoemde kortschriften.
Verder publiceert de IGZ jaarlijks een brede samenvattende analyse en rapportage over een inspectiebreed thema: de zogenoemde Staat van de Gezondheidszorg (SGZ). Deze rapportage zal zich in 2005 richten op het terrein van public health en de inzet van de GGD'en.

Tabel 37.a.3: Productie IGZ (rapportages)

	Realisatie 2003	Raming 2004	Raming 2005
Inspectierapporten, inclusief kortschriften	11	15	20
SGZ-rapportage	1	1	1
Totaal	12	16	21

Bron: realisatie 2003: IGZ-productieregistratie.

37.a.3 Evaluatieprogrammering

Tabel 37.a.4: Evaluatieprogrammering 2005–2009

Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Toezicht houden op de staat van de volksgezondheid, op de zorg en de daar gebruikte producten en op de toepassing van patiëntenrechten	X				
Operationele doelstelling 1 Toezicht en interventie op het gebied van de zorg en de volksgezondheid					
Operationele doelstelling 2 Adviezen uitbrengen aan de bewindslieden en anderen en vergunningen verstrekken					
Operationele doelstelling 3 Overzichtspublicaties uitbrengen over de staat van de volksgezondheid en de gezondheidszorg					

37.b Inspectie Jeugdzorg

37.b.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het toezien op de kwaliteit van de jeugdzorg om daarmee grotere effectiviteit van de jeugdzorg te bereiken

De Inspectie jeugdzorg houdt in opdracht van het ministerie van VWS en Justitie toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg: de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming, de justitiële jeugdinrichtingen (JJI's), de vergunninghouders interlandelijke adoptie en de opvang van alleenstaande

minderjarige asielzoekers (AMA's). Hiermee bevordert en beschermt de inspectie het fundamentele recht op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling van het kind en de jeugdige. Het toezicht door de Inspectie jeugdzorg moet erop gericht zijn om een beter beleid van overheid en een betere uitvoering daarvan door instellingen mogelijk te maken. Als gevolg daarvan moet het een grotere effectiviteit van de zorg bewerkstelligen.

De Wet op de jeugdzorg, die per 1 januari 2005 ingaat, heeft aanzienlijke consequenties voor het werk van de inspectie. De wet kent een nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de inspectie krijgt de mogelijkheid tot het geven van een «bevel» en de toezichtstaken en toezichtdomeinen zijn uitgebreid. Ook de ketenbenadering laat zich steeds meer gelden. De inspectie heeft zich in 2004 op de nieuwe situatie voorbereid aan de hand van een integraal veranderprogramma met onder meer aanpassingen van de werkprocessen en een reorganisatie. Bij de nieuwe organisatie zijn effectiviteit, resultaatgerichtheid en transparantie de kernbegrippen. Met de verantwoordelijke overheden zijn procesafspraken gemaakt om een meerjarenplan en jaarwerkprogramma tot stand te laten komen. In 2005 wordt prioriteit gelegd bij zes landelijke toezichttrajecten: de advies- en meldpunten kindermishandeling, de crisisinterventie, de kamertraining, de trainingsprogramma's Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI's) (inclusief de jeugdreclassering), de AMA's en de vergunninghouders interlandelijke adoptie. Daarnaast zullen vooral de wensen van de provincies doorslaggevend zijn voor de specifieke invulling van hun toezichttrajecten.

37.b.2 Operationele beleidsdoelstellingen

37.b.2.1 Het bevorderen van de kwaliteit van de jeugdzorg, door onderzoek naar kwaliteit en toezicht op het naleven van de vigerende wetten

Beleidseffecten
De inspectie beoogt het volgende:
- In alle rapporten worden aan de verantwoordelijke overheden uitvoerbare aanbevelingen gedaan om beleid en regelgeving te verbeteren.
- Met alle verantwoordelijke overheden worden afspraken gemaakt over op deze aanbevelingen gebaseerde concrete en meetbare acties naar de instellingen.
- Met alle verantwoordelijke overheden worden afspraken gemaakt over een «hertoets» (op de resultaten van deze acties).

In 2004 is een nulmeting gedaan naar de bovenomschreven prestatie-indicatoren en streefwaarden op basis van het jaar 2003. In 2003 zijn in zes landelijke onderzoeken, met 41 onderliggende instellingsrapportages, in totaal 137 aanbevelingen gedaan aan overheden en instellingen. Bij tien instellingen zijn hertoetsen uitgevoerd en in twee gevallen zijn afspraken met overheden gemaakt. Extrapolatie van deze cijfers naar de komende jaren is nog niet mogelijk. De komende jaren wil de inspectie het aantal afspraken met overheden aanmerkelijk verhogen, omdat wij met name van de handhavende taken concrete maatschappelijke effecten verwachten.

Aard van de verantwoordelijkheid
De verantwoordelijkheid voor de zorgkwaliteit en de borging daarvan in kwaliteitssystemen ligt bij de instellingen. De verantwoordelijkheid van de inspectie is om te onderzoeken in welke mate de instelling voldoet aan de normen die voortvloeien uit wet- en regelgeving, overheidsbeleid, het kwaliteitsbeleid van de sector en de eigen kwaliteitsnormen. Ook moet de inspectie instellingen daarover informeren en nagaan hoe de instelling afwijkingen van die normen zal repareren. Op basis van deze informatie kunnen wij samen met de minister van Justitie invulling geven aan de indirecte verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg. Zo kunnen de provincies en grootstedelijke regio's ervoor zorgen dat de wetgeving nageleefd en gehandhaafd wordt.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
In het meerjarenplan 2004–2007 en de uitwerking daarvan in de jaarwerkprogramma's is aangegeven welke concrete onderzoeken de inspectie wil uitvoeren. Het betreft hier de volgende categorieën:

- Algemeen (gepland) toezicht op de naleving van weten regelgeving. De toezichtvoornemens voor 2005 zijn geprioriteerd naar aanleiding van risicoanalyses en beleidsmatige wensen van de diverse overheden. Het toezicht leidt tot onderzoeksrapporten op instellingsniveau, provinciaal en landelijk niveau. Voor de Wet op de jeugdzorg zijn de provincies de primaire afnemers. Als uit de provinciale rapportages landelijke conclusies (met name over de werking van het stelsel) kunnen worden getrokken, dan worden deze neergelegd in een landelijk rapport. Voor de overige toezichtdomeinen is de minister van Justitie verantwoordelijk voor systeem, handhaving en financiering. Rapportages over deze domeinen worden deels neergelegd in een landelijk rapport en deels in instellingsrapporten, afhankelijk van doel- en vraagstelling. Naar verwachting zal de inspectie in 2005 voor vier algemene thema's (de advies- en meldpunten kindermishandeling, de crisisinterventie, de kamertraining en de scholing- en trainingsprogramma's JJI's (inclusief de jeugdreclassering) per provincie tot rapportages komen. Daarbij wordt ook een landelijk beeld gegeven. Daarnaast is er ruimte voor specifieke onderzoeken op verzoek van de afzonderlijke provincies. Verder zal de inspectie landelijke rapportages uitbrengen over de opvang van de AMA's en de vergunninghouders interlandelijke adoptie.
- Thematisch werkbezoek, waarbij aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten op onderdelen informatie wordt ingewonnen.
- Onderzoek naar aanleiding van incidenten en calamiteiten (niet gepland toezicht). Voor niet gepland toezicht is 15% van de capaciteit ingeruimd; het feitelijke aantal onderzoeken is afhankelijk van de mate waarin zich calamiteiten en dergelijke voordoen. Deze raming is gebaseerd op een extrapolatie van ervaringsgegevens uit het verleden.

Voor de concrete output in de komende jaren zijn de gegevens uit het jaarverslag 2003 en het meerjarenplan 2004–2007 als uitgangspunt te hanteren. Hierbij merken wij op dat de komende jaren een groei van deze output te verwachten is op basis van de extra middelen uit de zogenoemde enveloppe jeugdzorg, die vanaf 2004 gefaseerd het budget van de inspectie uitbreidt. Op basis van de procedureafspraken met de overheden en de groei van het risicoanalysemodel worden de prioriteiten jaarlijks bepaald. In onderstaande cijfers is voor het gepland toezicht alleen neergelegd welke inzet op dit moment al voorzien is in het meerjarenprogramma 2004–2007. De inzet voor de jaren na 2005 is mede afhankelijk van de risicoanalyse en de wensen van de overheden en zal

jaarlijks nader worden ingevuld. Pas in de concrete invulling van het toezicht wordt duidelijk hoeveel instellingen onderzocht moeten worden; het aantal instellingsrapporten in de komende jaren is dus indicatief. Voor het niet-geplande toezicht is aangesloten bij de ervaringsgegevens uit de afgelopen jaren.

Tabel 37.b.1: Outputgegevens

	2003	2004	2005	2006	2007
	Realisatie	Raming	Raming	Raming	Raming
Instellingrapporten voor landelijke en provinciale onderzoeks-rapporten	51	109	120	120	120
Provinciale onderzoeksrapporten	8	19	32	30	30
Geaggregeerde rapporten en algemene rapportages	6	8	5	5	3
Onderzoek naar aanleiding van meldingen/incidenten	9	15	15	15	15
Anders afgehandelde meldingen/incidenten	78	100	100	100	100

Bron: «Jaarverslag inspectie jeugdzorg»/«Meerjarenplan/Jaarwerkprogramma 2004 inspectie jeugdzorg». De cijfers 2005 e.v. zijn indicatief.

37.b.2.2 Het adviseren en informeren van de bewindslieden van VWS en Justitie, gedeputeerden van provincies en grootstedelijke regio's over de kwaliteit van het stelsel, op verzoek of uit eigen beweging

Beleidseffecten
Op grond van haar toezichtsbevindingen voorziet de inspectie de ministeries van VWS en Justitie van adequate informatie (in de vorm van standpunten en verbetervoorstellen). Op die manier kunnen de ministeries hun beleid aanpassen en concretere beleidsdoelstellingen formuleren. Daarnaast geeft de inspectie advies over de toetsbaarheid en uitvoerbaarheid van de beleidsvoorstellen voor wet- en regelgeving.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn samen met de minister van Justitie en de bestuurders van de grootstedelijke regio's en provincies verantwoordelijk voor beleid en financiering. De inspectie moet de overheden gevraagd en zo nodig ongevraagd informeren en adviseren over de werking van het systeem, de risico's en de beleidseffecten.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
- Gevraagde beleidsadviezen, uitgesplitst naar rijk en provincies.
- Ongevraagde beleidsadviezen, uitgesplitst naar rijk en provincies. Jaarlijks worden naar schatting tien à vijftien adviezen en signalementen uitgebracht.

37.b.3 Evaluatieprogrammering

Tabel 37.b.2: Evaluatieprogrammering 2005–2009					
Doelstellingen	2005	2006	2007	2008	2009
Algemene doelstelling Het bevorderen van de kwaliteit van de jeugdzorg, door onderzoek naar kwaliteit en toezicht op het naleven van de vigerende wetten: evaluatie werking landelijke afspraken			X		
Operationele doelstelling 1 Het bevorderen van de kwaliteit van de jeugdzorg, door onderzoek naar kwaliteit en toezicht op het naleven van de vigerende wetten: jaarlijkse hertoetsen	X	X	X	X	X
Operationele doelstelling 2 Het adviseren en informeren van de bewindslieden van VWS en Justitie, gedeputeerden van provincies en grootstedelijke regio's over de kwaliteit van het stelsel, op verzoek of uit eigen beweging					

37.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**32 920**	**46 256**	**42 274**	**40 925**	**40 740**	**40 643**	**40 189**
Uitgaven	**33 189**	**46 393**	**42 274**	**40 925**	**40 740**	**40 643**	**40 189**
Apparaatsuitgaven	**33 189**	**46 393**	**42 274**	**40 925**	**40 740**	**40 643**	**40 189**
Inspectie Gezondheidszorg	30 677	42 812	39 031	37 553	37 289	37 282	36 859
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*0*	*8 035*	*7 805*	*7 648*	*7 522*	*7 522*	*7 522*
Inspectie Jeugdhulpverlening	2 512	3 581	3 243	3 372	3 451	3 361	3 330
Ontvangsten	**846**	**470**	**470**	**470**	**470**	**470**	**470**

Begrotingsflexibiliteit
De in dit beleidsartikel verantwoorde budgetten betreffen uitsluitend apparaatsuitgaven. Hiervoor worden de kasbudgetten voor 100% als verplicht beschouwd. Daarmee is de begrotingsflexibiliteit gelijk aan nul.

BELEIDSARTIKEL 38: TEGEMOETKOMING BUITENGEWONE UITGAVEN

38.1 Algemene beleidsdoelstelling

Belastingplichtigen die effectief geen of slechts gedeeltelijk voordeel hebben van de aftrek van buitengewone uitgaven een alternatieve tegemoetkoming bieden.

Op dit beleidsartikel worden de uitgaven geraamd en verantwoord die voortvloeien uit het tijdelijk besluit Tegemoetkoming buitengewone uitgaven, dat op 15 april 2004 in het Staatsblad[1] is gepubliceerd. Het besluit is gericht op belastingplichtigen die door de combinatie van de hoogte van hun inkomen en de omvang van hun aftrekposten en heffingskortingen niet de volledige aftrek van buitengewone uitgaven kunnen effectueren. De tegemoetkoming zorgt ervoor dat de «heffingswaarde» van de gehele aftrek voor buitengewone uitgaven dan alsnog kan worden geëffectueerd. Hiermee wordt mede invulling gegeven aan de toezegging in het Hoofdlijnenakkoord dat het kabinet rekening zal houden met de gevolgen van de ombuigingsmaatregelen in de zorg voor gehandicapten en chronisch zieken.

Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid
Het beoogde effect van dit besluit is dat alle belastingplichtigen die geen of slechts gedeeltelijk voordeel hebben van de aftrek van buitengewone uitgaven een tegemoetkoming ontvangen, omdat zij onvoldoende belasting en premie volksverzekeringen betalen om deze aftrek te gelde te maken.

Instrument om deze doelstelling te verwezenlijken
Het Tijdelijk besluit buitengewone uitgaven wordt door de Belastingdienst uitgevoerd.

38.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**0**	**80 050**	**89 200**	**97 356**	**103 756**	**103 756**	**104 056**
Uitgaven	**0**	**80 050**	**89 200**	**97 356**	**103 756**	**103 756**	**104 056**
Programma-uitgaven	**0**	**79 150**	**88 300**	**93 300**	**99 700**	**99 700**	**100 000**
Apparaatsuitgaven	**0**	**900**	**900**	**4 056**	**4 056**	**4 056**	**4 056**
Ontvangsten	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Voor de uitvoering van het besluit door de Belastingdienst is voor 2004 en 2005 apparaatsbudget overgeboekt naar de begroting van het ministerie van Financiën. Voor voorlichting, monitoring en evaluatie zijn middelen overgeboekt naar het beleidsartikel gehandicaptenbeleid.

[1] Staatsblad 2004, 152.

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

			2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		89 200		97 356		103 756		103 756		104 056
2	Waarvan apparaatsuitgaven		900		4 056		4 056		4 056		4 056
3	Programma uitgaven		88 300		93 300		99 700		99 700		100 000
	Waarvan op 1 januari 2005										
4	Juridisch verplicht	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
5	Bestuurlijk gebonden	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
6	Beleidsmatig gereserveerd	100%	88 300	100%	93 300	100%	99 700	100%	99 700	100%	100 000
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%		0%	0
8	Totaal	100%	88 300	100%	93 300	100%	99 700	100%	99 700	100%	100 000

De in 2004 in werking getreden regeling tegemoetkoming buitengewone uitgaven bestaat enkel uit middelen die thans beleidsmatig zijn gereserveerd.

38.4 Evaluatieprogrammering

De regeling zal uiterlijk in 2009 worden geëvalueerd.

NIET-BELEIDSARTIKEL 98: ALGEMEEN

98.1 Algemeen

In dit niet-beleidsartikel worden de uitgaven beschreven die niet specifiek aan een van de beleidsdoelstellingen uit de voorgaande beleidsartikelen zijn toe te rekenen. Het gaat hierbij om ministeriebrede programma- en apparaatsuitgaven zoals het bevorderen van de internationale samenwerking, het SCP en de adviesraden. De adviesraden hebben tot taak de regering en de beide Kamers der Staten-Generaal te adviseren over de hoofdlijnen van beleid, elke raad op zijn eigen beleidsterrein.

98.2 Operationele beleidsdoelstellingen

98.2.1. Het bevorderen van internationale samenwerking op beleidsterreinen van VWS

Beleidseffecten
Het doel in 2005 is:

- De internationale samenwerking verder versterken, wat naar verwachting op vrijwel alle VWS-beleidsterreinen een impuls zal krijgen door de voorzitterschappen van Nederland in 2004 van de Raad van Europa (RvE) en de Europese Unie (EU).
- De kwaliteit van ons beleid verhogen via informatievoorziening, internationale kennisuitwisseling, samenwerking en benchmarking in multilateraal en bilateraal verband.
- De totstandkoming van internationale wet- en regelgeving en beleidsafspraken beïnvloeden vanuit VWS-perspectief.

Internationaal hebben hierbij prioriteit de stelselherziening, patiëntenmobiliteit, de international health regulations (IHR), de follow-up van de conferentie over priority medicines en infectieziekten.

Aard van de verantwoordelijkheid
Wij zijn verantwoordelijk voor de internationale samenwerking op de beleidsterreinen van VWS, evenals voor het nakomen van relevante verplichtingen en afspraken in de internationale organisaties en verdragen die aan die beleidsterreinen zijn gerelateerd. Deze beleidsverantwoordelijkheid is onderdeel van het geïntegreerde buitenlands beleid. De rol van VWS is het toetsen van de internationale aan de nationale beleidsontwikkeling en vice versa. Nederlandse standpunten in multilateraal overleg worden interdepartementaal afgestemd.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Multilaterale samenwerking
In 2005 gaat het in de EU onder meer om een sterkere profilering van VWS in de volgende dossiers: patiëntenmobiliteit, international health regulations (IHR), infectieziekten, zoönose, beroepskwalificaties, milieu en gezondheid, het Actieplan Gehandicaptenbeleid, het Actieprogramma Drugs, de priority medicines, het Actieprogramma Sport, jeugd, kindergeneesmiddelen, enzovoort. Daarbij is het belangrijk dat de administratieve lasten verminderen en dat we samenwerken met de na ons komende EU-voorzitterschappen.
In de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zal naar verwachting tijdens de 58e World Health Assembly in mei 2005 de herziene IHR via een resolutie aangenomen worden. Ook worden de internationale rol van de infectieziekteautoriteit en de relaties met het Europese Centre for Disease

Control (CDC) en WHO versterkt. Begin 2005 is er een internationale WHO-conferentie over geestelijke gezondheidszorg. Verder zal de strategische samenwerking met de WHO zich toespitsen op het gebied van zoönose, pandemic planning en influenzaonderzoek. Patiëntveiligheid is een onderwerp dat in zowel de WHO als de Raad van Europa, in goede afstemming, steeds belangrijker wordt. De Raad van Europa behandelt de volgende drie onderwerpen: het «Strategiedocument volksgezondheid», richtlijnen over de zeggenschap van bewaard lichaamsmateriaal en de start van het Actieplan Gehandicapten 2005–2015.
Er wordt een bijdrage geleverd aan de beoogde verklaring van UNESCO met «universele normen op het terrein van de bio-ethiek». Verder werkt UNESCO aan de mondiale dopingconventie. De VN heeft 2005 uitgeroepen tot het Jaar voor Sport en Lichamelijke Opvoeding.
Met de OESO werken we aan de follow-up van het Horizontal Health Project. In het kader van de VN zet het Ad-hoccomité Gehandicapten de werkzaamheden voort voor de Gehandicaptenconventie Mensenrechten.

Bilaterale samenwerking
In 2005 werken we vooral samen met de buurlanden (waaronder de Vlaamse deelregering), de belangrijkste nieuwe lidstaten van de EU (zogenoemde postaccessiesteun), de nieuwe kandidaat-lidstaten (preaccessiesteun), de nieuwe EU-buurlanden en enkele landen buiten Europa (waaronder Suriname en China) onder meer op het gebied van infectieziekten, kwaliteit in de zorg en institutionele versterking.

Internationale verplichtingen
Onder andere het Tabaksverdrag van de WHO komt voor ratificatie in aanmerking. Ook zal een aantal EU-richtlijnen uitgevoerd moeten worden, waaronder die voor medische hulpmiddelen, food en feed control en geneesmiddelen. Daarnaast werken de toezichthoudende instanties in Nederland, met name vanwege Europese regelgeving, intensiever samen. Naast andere reguliere VN-verdragsrapportages levert VWS aan de Raad van Europa de 18e Verdragsrapportage van het Europees sociaal handvest.

Personele uitzending
We hebben vijf attachés op voor ons zeer relevante posten. Het betreft drie posten in Brussel, een in Washington en een in Parijs. Op de permanente vertegenwoordiging (PV) in Genève is een VWS-ambtenaar geplaatst. Ten slotte is een aantal VWS-medewerkers gedetacheerd bij de WHO en de Europese Commissie.

Subsidies
Projectsubsidies (totaal circa € 1,5 miljoen) worden onder meer verstrekt aan het International Centre van het NIZW, SENTER/Bureau EG-liaison en om de samenwerking met prioritaire landen meer uit te werken.

Tot slot wordt in 2005 de samenwerking met de Nederlandse Antillen geïntensiveerd. In 2003 zijn onze Europese activiteiten intern geëvalueerd (rapportage «VWS Brusselproof»). Dit heeft geresulteerd in een aantal aanbevelingen die uitgewerkt zijn en worden. Ook heeft dit geresulteerd in een extra attaché in Brussel. Medio 2006 staat de evaluatie van de gehele internationale samenwerking op het programma.

98.2.2 Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP): het geven van een samenhangende beschrijving van de (toekomstige) situatie op sociaal en cultureel terrein

Het SCP is een wetenschappelijk instituut dat onderzoek verricht en op basis daarvan gevraagd en ongevraagd adviezen uitbrengt. Het SCP staat ten dienste van het hele overheidsbeleid. Formeel valt het onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
De taken van het SCP zijn:

- De huidige en toekomstige sociale en culturele ontwikkelingen in Nederland beschrijven en analyseren en periodiek hierover rapporteren aan het kabinet, de Tweede Kamer, de departementen en het algemene publiek.
- Sociale en culturele problemen analyseren, oorzaken en gevolgen opsporen en op basis hiervan bijdragen aan verantwoorde beleidskeuzen.
- Beleidsprocessen en -resultaten beschrijven en analyseren en aan de hand van algemene beleidsprincipes en specifieke beleidsdoelstellingen evalueren.

Eens per twee jaar geeft het SCP een overzicht van de voorgenomen activiteiten in een Werkprogramma. De minister van VWS heeft in maart 2004 het Werkprogramma 2004–2005 vastgesteld. Dit programma is tot stand gekomen volgens een in de instellingsbeschikking vastgelegde procedure. Daarin participeren departementen, andere overheden, wetenschappelijke (collega)instellingen en de wetenschappelijke bureaus van de politieke partijen. Het Werkprogramma is gepubliceerd en staat tevens op de website van het SCP (www.scp.nl).

In overeenstemming met de opdracht in de instellingsbeschikking zet het SCP een substantieel deel van zijn capaciteit in voor rapportages over maatschappelijke trends en de leefsituatie van de bevolking. In 2005 zal het bureau publicaties uitbrengen over het maatschappelijk draagvlak voor sociale voorzieningen en dienstverlening en over de emancipatie van allochtone vrouwen.
In september 2005 zal de «Sociale Staat van Nederland 2005» (SSN) worden uitgebracht. De SSN 2005 beschrijft de actuele ontwikkeling van de leefsituatie aan de hand van een reeks kernindicatoren (leefsituatie-index). De ontwikkelingen worden gerelateerd aan de beleidsdoelstellingen van de rijksoverheid (VBTB). Centrale vraag voor 2005 is: bij welke groepen slaan de gevolgen van de economische stagnatie neer? Daarnaast verschijnen het «Wetenschappelijk jaarrapport minderheden» en de «Rapportage gehandicapten».

Kernpunten van het kabinetsbeleid zijn: economische zelfstandigheid en de uitkeringsafhankelijkheid terugdringen. Het SCP beschrijft en analyseert voor verschillende periodieke rapportages de verdeling van de primaire, secundaire en tertiaire inkomens en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Aparte studies zijn voorzien over de positie van diverse kwetsbare groepen, zoals jongeren, ouderen en minderheden. In het najaar 2005 verschijnt wederom een armoedemonitor.

De quartaire sector ofwel de voorzieningen van de verzorgingsstaat veranderen sterk onder invloed van politieke en economische factoren. Het huidige kabinet heeft een ambitieus pakket van maatregelen in uitvoering of in voorbereiding. Het SCP zal in het bijzonder de feitelijke ontwikkelingen in de sociale zekerheid en de zorg in kaart brengen.

Daarnaast stelt het planbureau periodiek ramingen op voor het voorzieningengebruik en de kostenontwikkeling.

Het SCP heeft traditioneel grote belangstelling voor de ontwikkeling in de steden en in het bijzonder voor de achterstandswijken van steden. In het huidig Werkprogramma staat dat met steun van het ministerie van LNV de sociale veranderingen in de plattelandssamenleving uitgebreid worden verkend.

Om de bovengeschetste activiteiten te kunnen uitvoeren is een adequate informatievoorziening noodzakelijk. Het SCP krijgt de gegevens overwegend van het CBS. In aanvulling daarop verwerft het met (financiële) steun van de departementen zelf data door enquêtes uit te besteden, in onderzoeken van andere (internationale) organisaties te participeren en door reeds beschikbare (registratie)gegevens aan te kopen.

Tabel 98.1: Prestatiegegevens SCP 2005

Output	Input	Kosten (x € 1 000)
(uren wetenschappelijk onderzoek)		
a. Rapporten en adviezen (25 rapporten)	56 241 uur	5 190
b. Surveys en modellen	6 484 uur	598
c. Prestaties/artikelen	5 779 uur	533
d. Commissiewerkzaamheden	1 973 uur	182
Totaal	70 478 uur	6 504

98.2.3 Strategisch onderzoek RIVM en NVI

De baten-lastendienst RIVM verricht – naast projectmatig onderzoek voor de primaire opdrachtgevers VWS, VROM en LNV – ook zogenoemd strategisch onderzoek. Dit onderzoek is gericht op de noodzakelijke expertiseontwikkeling ten behoeve van de continuïteit van het instituut. Het is bedoeld om de toekomstige taken voor de opdrachtgevers adequaat te kunnen uitvoeren, op zowel de middellange als de lange termijn. De planning van het strategisch onderzoek richt zich derhalve enerzijds op actuele kennislacunes en anderzijds op nieuwe ontwikkelingen op de werkterreinen van het instituut. Dit impliceert dat er vanuit het strategisch onderzoek een continue doorstroom hoort plaats te vinden van projectresultaten en projecten in de richting van de activiteiten voor de opdrachtgevende departementen. Het strategisch onderzoek is ook bedoeld om de positie van het RIVM in het wetenschappelijke veld te behouden en te versterken.

Net als het RIVM verricht ook de tijdelijke baten-lastendienst NVI – naast onderzoek voor de primaire opdrachtgever VWS – zogenoemd strategisch onderzoek. Het strategisch onderzoek verwerft wetenschappelijke kennis en expertise om de kerntaken uit te kunnen voeren en daarmee de continuïteit van het NVI op de langere termijn te kunnen bestendigen.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
De Wet op het RIVM vormt de wettelijke basis voor het strategisch onderzoek. Deze wet bepaalt dat de directeur-generaal RIVM jaarlijks een programma van onderzoek opstelt. Hierin zet hij de te verwerven inzichten

die nodig zijn om de taken van het instituut adequaat te kunnen uitvoeren. Dit programma is openbaar. Deze bepaling drukt de professionele zelfstandigheid van het RIVM uit. Tegen deze achtergrond van de betekenis van het strategisch onderzoek voor de toekomstige kennispositie van het RIVM is het budget voor het strategisch onderzoek belegd bij de secretaris-generaal van VWS als «eigenaar» van het agentschap RIVM.

Het strategisch onderzoek NVI betreft onderzoek dat:
- Niet direct gekoppeld kan worden aan een specifiek product (vaccin, onderzoeksopdracht).
- Onder meer onderzoeksmethoden, vaccinatieproblematiek, verbreding van vaccinkennis en dergelijke ontwikkelt.
- Relevant is voor de toekomstige taakvervulling.

De projecten binnen het strategisch onderzoeksprogramma zijn niet als zelfstandige, externe producten te beschouwen, maar als interne projecten met het oog op de continuïteit op de langere termijn. Die projecten moeten dus ook vanuit het NVI worden aangestuurd. Tegen deze achtergrond is het budget voor het strategisch onderzoek niet ondergebracht bij de opdrachtgever, maar bij de secretaris-generaal van VWS. Deze laatstgenoemde is namelijk «eigenaar» van het tijdelijk agentschap NVI.

98.2.4 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO): adviseren over hoofdlijnen van beleid op het gebied van maatschappelijke participatie en stabiliteit

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
Op 1 januari 2005 begint de derde raadsperiode van de RMO. Het Kabinet zal in het najaar van 2004 het Werkprogramma 2005 van de RMO vaststellen. Hierin staan de definitieve thema's voor 2005. In 2004 doet de RMO vooronderzoek naar de thema's preventie, sociale structuur en fysieke ruimte. Het ligt in de rede dat deze thema's – nader ingevuld naar aanleiding van de uitkomsten van de vooronderzoeken – opgenomen worden in het advies voor 2005.
Jaarlijks brengt de RMO conform de Kaderwet adviescolleges een jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten uitgebreid aan de orde komen. Aan het einde van 2004 brengt de raad een evaluatie uit over zijn eigen functioneren.

98.2.5 Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ): adviseren over volksgezondheid en zorg om een beleidsvisie te ontwikkelen en strategische beleidskeuzen te faciliteren

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Advies op verzoek van het kabinet
Op verzoek van het kabinet brengt de RVZ in 2004/2005 de volgende adviezen uit:
- Arbeidsmarkt en zorgvraag.
- Kosten per gewonnen levensjaar.
- Relatie kennis en beleid.

Adviezen voor de relatief korte termijn op verzoek van VWS
In het licht van de beleidslijn van het kabinet Balkenende II gaat de RVZ vaker in op concrete vragen van het ministerie van VWS middels korte adviezen. Hierover zijn met het ministerie van VWS bij het opstellen van

het Werkprogramma 2004–2005 afspraken gemaakt. De onderwerpen van deze adviezen zullen overzichtelijke, beperkte thema's betreffen.

98.2.6 Gezondheidsraad (GR): het adviseren over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid

Het werkterrein van de Gezondheidsraad omvat de volgende onderwerpen: geneeskunde, gezondheidszorg, milieuhygiëne, voeding, arbeidshygiëne en leefomstandigheden.

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken
De minister van VWS stelt het Werkprogramma 2005 in september 2004 vast. De raad verwacht in 2005 ongeveer veertig adviezen uit te brengen op het gebied van:
- Bevolkingsonderzoek (screening).
- Medisch-ethische vraagstukken (onder meer de jaarlijkse signalering in het kader van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid).
- Gevolgen van rampen op de middellange en lange termijn.
- Chronischvermoeidheidssyndroom.
- Postmortaal onderzoek.
- Rijksvaccinatieprogramma.
- Voeding en gezondheid.
- Nanotechnologie.
- Arbeidsomstandigheden en gezondheid.

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek
De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) is een bij wet (Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen; WMO) ingestelde commissie. Zij is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) en haar budget is nu ondergebracht bij de Gezondheidsraad. Volgens de WMO is de secretaris van de Gezondheidsraad hoofd van het bureau van de CCMO.

98.2.7 Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): adviseren over onderzoek naar zorgthema's en volksgezondheidsaspecten

Instrumenten om deze doelstelling te verwezenlijken

Voor 2005 worden op de volgende thema's adviezen verwacht:
Ouderenzorg.
Farmaceutische zorg.
Gentechnologie (in samenwerking met STT, Stichting Toekomstbeeld der Techniek).
Universitaire responsiviteit.

Een Werkprogramma voor de jaren 2005–2006 wordt voorbereid. Nieuwe activiteiten die uit dit Werkprogramma voortvloeien, zullen starten in 2005. De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) brengt een eigen jaarverslag uit waarin de raad afgeronde activiteiten en producten toelicht.

98.2.8 Personeel en materieel

Dit onderdeel betreft geen operationele doelstelling, maar heeft betrekking op de personele en materiële uitgaven van stafdiensten, facilitaire diensten, zoals opgenomen in de tabel «Begrotingsuitgaven».

98.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**276 680**	**163 088**	**143 798**	**140 409**	**141 699**	**141 906**	**143 114**
Uitgaven	**276 441**	**163 959**	**143 965**	**140 487**	**141 699**	**141 906**	**143 114**
Programma-uitgaven	**49 771**	**4 887**	**3 263**	**5 398**	**7 314**	**7 314**	**7 314**
Internationale samenwerking	1 061	4 887	3 263	5 398	7 314	7 314	7 314
Strategisch onderzoek RIVM	48 710	0	0	0	0	0	0
Apparaatsuitgaven	**226 670**	**159 072**	**140 702**	**135 089**	**134 385**	**134 592**	**135 800**
Sociaal en Cultureel Planbureau	7 653	6 880	6 563	6 417	6 273	6 273	6 273
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1 323	1 393	1 279	1 251	1 225	1 225	1 225
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	3 123	3 101	2 939	2 874	2 814	2 814	2 814
Gezondheidsraad	5 947	5 856	4 681	4 589	4 501	4 501	4 501
Waarvan bijdragen aan zbo's	*1 686*	*1 056*	*1 026*	*1 026*	*1 026*	*1 026*	*1 026*
Raad voor Gezondheidsonderzoek	623	593	584	573	561	561	561
Personeel en materieel kernministerie	103 678	110 908	103 063	98 630	98 768	98 975	100 183
Strategisch onderzoek RIVM	0	30 341	21 593	20 755	20 243	20 243	20 243
Waarvan bijdragen aan baten-lasten diensten	*0*	*30 341*	*21 593*	*20 755*	*20 243*	*20 243*	*20 243*
Overige apparaatsuitgaven	104 323	0	0	0	0	0	0
Ontvangsten	**92 419**	**20 842**	**2 582**	**2 582**	**2 582**	**2 582**	**2 582**

Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2005		2006		2007		2008		2009
1	Totaal geraamde kasuitgaven		143 965		140 487		141 699		141 906	143 114
2	Waarvan apparaatsuitgaven		140 702		135 089		134 385		134 592	135 800
3	Programma uitgaven		3 263		5 398		7 314		7 314	7 314
	Waarvan op 1 januari 2005									
4	Juridisch verplicht	69%	2 250	79%	4 250	84%	6 172	84%	6 172	84% 6 172
5	Bestuurlijk gebonden	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0 % 0
6	Beleidsmatig gereserveerd	31%	1 013	18%	1 013	14%	1 013	14%	1 013	14% 1 013
7	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	3%	135	2%	129	2%	129	2% 129
8	Totaal	100%	3 263	100%	5 398	100%	7 314	100%	7 314	100% 7 314

Dit artikel bestaat voor het grootste deel uit apparaatsuitgaven, die juridisch verplicht zijn. De programma-uitgaven zijn overwegend gelden vallend binnen het kader van de Homogene Groep Internationale Samenwerking (HGIS). Deze programmagelden zullen worden ingezet voor het WHO-partnership en worden aangemerkt als juridisch verplicht. Onder de beleidsmatig gereserveerde gelden vallen onder andere het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), Matra advisering en het Center bureau.

NIET-BELEIDSARTIKEL 99: NOMINAAL EN ONVOORZIEN

99.1 Algemeen

Dit laatste artikel is een technisch, administratief artikel. Op dit artikel worden zowel begrotingsuitgaven als premie-uitgaven geraamd. Op het begrotingsdeel van dit artikel worden middelen voor de loon- en prijsbijstelling geraamd, voordat ze worden overgeheveld naar de desbetreffende beleidsartikelen. Daarnaast kunnen hier (nog) niet aan de beleidsartikelen toebedeelde taakstellingen (of extra middelen) tijdelijk geplaatst worden.

Op het premie-deel van dit artikel zijn verschillende bedragen opgenomen die (nog) niet aan de afzonderlijke beleidsartikelen zijn toegedeeld. In hoofdzaak betreft dit de onverdeelde ruimte voor nominale bijstellingen voor 2005 en latere jaren, alsmede enkele nog niet toebedeelde taakstellingen (o.a. taakstelling lastenverlichting en aanpak ziekteverzuim), voor bouw beschikbare bedragen en de extrapolatie van de groeiruimte voor het jaar 2009.

Omdat het een administratief artikel betreft, kan het artikel een negatief saldo hebben; bijvoorbeeld wanneer taakstellingen nog niet toegedeeld zijn.

99.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verplichtingen	**0**	**13 637**	**– 7 758**	**40 630**	**49 449**	**48 374**	**47 749**
Uitgaven	**0**	**– 13 914**	**82**	**22 316**	**30 952**	**29 873**	**29 249**
Programma-uitgaven	**0**	**– 13 914**	**82**	**22 316**	**30 952**	**29 873**	**29 249**
Loonbijstelling	0	66	46	31	28	25	26
Prijsbijstelling	0	13 990	8 624	8 633	8 628	8 627	8 627
Onvoorzien	0	4 041	16	19 376	29 889	28 815	28 190
Taakstelling	0	– 32 011	– 8 604	– 5 724	– 7 593	– 7 594	– 7 594
Ontvangsten	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

In afwachting van een nadere concrete invulling, staan op het begrotingsdeel van dit artikel de volgende taakstellingen geboekt:
1. Efficiencytaakstelling;
2. Taakstelling inkoop en aanbesteding.

Het streven is om bovenstaande taakstellingen zorgvuldig en gericht in te vullen. De Tweede Kamer wordt over de additionele efficiencytaakstelling bij 1e suppletore wet 2005 nader geïnformeerd. Voor de taakstelling inkoop en aanbesteding is dit bij 2e suppletore wet 2004.

De uitgaven voor de afkoop van instellingssubsidies, waarmee VWS de subsidierelatie zal beëindigen, worden geheel gedaan in 2004. Bij tweede suppletore wet zal de toedeling naar beleidsartikelen worden gepresenteerd. De vrijvallende middelen in 2005 worden ingezet voor prioriteiten in het nieuwe subsidiebeleid.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1.000.000)						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aanvullende post	244,9	620,0	1 099,2	1 835,7	4 314,6	6 959,9

Op het premiedeel van dit artikel zijn de volgende taakstellingen en reserveringen opgenomen:

1. Te verdelen loon- en prijsbijstelling vanaf 2005. Van deze middelen wordt ieder jaar een tranche over de artikelen verdeeld. Dit gebeurt nadat de omvang van de tranche op basis van het Centraal Economisch Plan (CEP) van dat jaar definitief is vastgesteld.
2. Beperking incidentele loonontwikkeling.
3. Taakstelling vermindering ziekteverzuim.
4. Effecten van de invoering van de no-claimregeling in de ziekenfondswet. Het grootste effect betreft de verschuiving naar financiering door de no-claimteruggaaf. Deze verschuiving beïnvloedt echter niet de totale uitgaven en dus ook niet de totalen in de bovenstaande tabel. Zie hiervoor de verdiepingsbijlage. Effecten die wel de uitgaven beïnvloeden zijn de verwachte afname in het zorggebruik en de nog niet toebedeelde verhoging van de administratiekosten.
5. Groeiruimte na de huidige kabinetsperiode (2008 en 2009).
6. Reservering ter verzachting van de maatregelen op het zittend ziekenvervoer en beperking van de vergoeding zelfzorggeneesmiddelen.
7. Reserveringen voor bouw voor zover niet op de artikelen opgenomen, zoals indexatie en ruimte onder de nominale bouwkaders.

PARAGRAAF VOOR DE DIENSTEN DIE EEN BATEN-LASTEN-STELSEL VOEREN

1. Baten-lastendienst College ter Beoordeling van Geneesmiddelen

1.1 Missie

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) levert een actieve bijdrage aan een goed en veilig gebruik van geneesmiddelen in Nederland. Het CBG levert deze bijdrage onder andere door geneesmiddelen te beoordelen, voordat ze op de markt worden toegelaten. Daarna houdt het college bovendien de patiëntenbijsluiter en de productinformatie actueel door middel van de toenemende ervaring met en kennis van deze geneesmiddelen.
Het CBG beschikt over unieke kennis over de ontwikkeling en de bewaking van geneesmiddelen. Omdat deze kennis ook op andere terreinen binnen de Nederlandse gezondheidszorg benut kan worden, streeft het CBG ernaar om die kennis breder in te zetten. Daarvoor worden de beoordelingsrapporten op de CBG-website (www.cbg-meb.nl) geplaatst. Inmiddels zijn ook de wetenschappelijke bijsluiters van alle geneesmiddelen hierop beschikbaar.
Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen is een zelfstandig bestuursorgaan dat wordt ondersteund door de baten-lastendienst CBG (ACBG). Het ACBG is de uitvoeringsorganisatie van het college. De taken van het college zijn neergelegd in artikel 29, lid 1 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Deze taken bestaan uit het beoordelen, registreren en bewaken van geneesmiddelen. Het college beoordeelt geneesmiddelen op louter wetenschappelijke gronden, zonder rekening te houden met politieke en economische gronden. Bij de beoordeling staan de veiligheid, de kwaliteit, de werkzaamheid en de mogelijke schadelijkheid van het geneesmiddel voor de gezondheid van de geneesmiddelengebruiker centraal.

1.2 Doelstellingen

De missie van het CBG is actief een bijdrage te leveren aan een goed en veilig gebruik van geneesmiddelen in Nederland. Om dit te realiseren, zijn vijf doelstellingen geformuleerd:
1. Geneesmiddelen op kritische wijze beoordelen.
2. Nauw betrokken zijn bij de Europese procedures. Tegenwoordig worden nieuwe geneesmiddelen mede via Europese procedures tot de Nederlandse markt toegelaten. Betrokkenheid bij de Europese registraties en de technische beleidsontwikkeling is dan ook van groot belang.
3. Geneesmiddelen op de markt monitoren en zo nodig maatregelen nemen.
4. Het beoordelingsproces transparant maken.
5. Het beoordelingsproces optimaliseren.

1.3 Taken

Om deze doelstellingen te verwezenlijken, voert de baten-lastendienst CBG de volgende taken uit:
1. Besluiten tot toelating en registratie uitvoeren, de weigering van toelating en de doorhaling van de registratie van geneesmiddelen en de registratievoorwaarden aan de stand van de wetenschap aanpas-

sen. Ook stelt het ACBG de afleverstatus van geneesmiddelen vast (uitsluitend recept of niet) en actualiseert het «oude» registratiedossiers.
2. Beoordelingsrapporten opstellen over ingediende aanvragen om de registratievoorwaarden te registreren of te wijzigen. Een groot deel van de werkzaamheden wordt binnen het ACBG uitgevoerd, een deel wordt uitbesteed aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en aan ziekenhuizen. De communicatie met het bedrijfsleven, de beroepsgroepen en andere registratieautoriteiten vindt primair plaats vanuit het ACBG. Uitsluitend het college neemt daarentegen formeel de besluiten.
3. Beoordelingswerkzaamheden verrichten voor het Europees Bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling (EMEA).
4. De geneesmiddelenbewaking (Post Marketing Surveillance) coördineren en meldingen screenen over de noodzaak van interventie door het college of door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hierbij gaat het erom meldingen te verzamelen die afkomstig zijn van het landelijk meldingssysteem, meldingen van de registratiehouders en meldingen van de individuele beroepsbeoefenaren. Daarnaast gaat het erom gegevens te verzamelen over meldingen uit andere lidstaten en meldingen die bij de IGZ bekend zijn geworden.
5. Een systeem opzetten en instandhouden om homeopathische geneesmiddelen te registreren. Die worden dan beoordeeld in het kader van de zogenoemde vereenvoudigde procedure. Dit betekent dat de beoordeling gericht is op de kwaliteit en de veiligheid van deze geneesmiddelen.

Samengevat zijn de vier hoofdtaken van de baten-lastendienst dus:
1. Nationale aanvragen beoordelen.
2. Europese aanvragen beoordelen.
3. Geneesmiddelenbewaking.
4. Homeopathische aanvragen beoordelen.

1.4 Baten en lasten

In onderstaande tabel (tabel 1.1) staan de baten en lasten vermeld die aan de hoofdtaken van het CBG zijn toegerekend. Bij de baten zijn hiertoe de tarieven direct toegerekend aan de producten. De tarieven zijn gebaseerd op het Besluit registratie geneesmiddelen (BRG) en het Besluit vergoedingen wet op de geneesmiddelenvoorziening. De opbrengsten zijn in de begroting 2005 ongeveer 10% hoger dan begroot in 2004. Dit is een gevolg van een verwachte toename van het aantal aanvragen en mede gebaseerd op de realisatie over 2003 en 2004.
De lasten zijn doorberekend op basis van een formatie van 130 fte's. De fte's van de afdelingen geneesmiddelenbewaking en de afdeling homeopathie worden direct toegerekend aan de respectievelijke producten. De overige afdelingen zijn verhoudingsgewijs toegerekend aan de producten nationale beoordelingen en Europese beoordelingen. De overige kosten, zoals de salariskosten van met name de afdeling bedrijfsvoering, de huisvestingskosten, bureaukosten en afschrijvingen, zijn naar rato van het aantal fte's over de vier producten verdeeld.

Eigen vermogen

Het excessief eigen vermogen over 2001 ad € 1,088 miljoen en over 2002 ad € 0,299 miljoen wordt in 2004 afgeroomd. Over de bestemming van het onverdeeld resultaat 2003 worden in 2004 nog afspraken gemaakt met

het moederdepartement. De bestemming zal vervolgens in een suppletore wet ter goedkeuring aan het parlement worden voorgelegd.

Tabel 1.1: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2005 van de baten-lastendienst CBG (bedragen x € 1000)

	Werkelijk 2003	Begroot 2004	Begroot **2005**	Begroot 2006	Begroot 2007	Begroot 2008	Begroot 2009	Codering funct.
BATEN								
Nationale beoordelingen	13 312	13 644	13 528	13 879	14 268	14 668	15 079	05.0
Europese beoordelingen	3 700	2 668	4 274	4 307	4 375	4 443	4 513	05.0
Geneesmiddelenbewaking	0	0	0	0	0	0	0	05.0
Homeopathische beoordelingen	44	93	442	447	456	466	476	05.0
Overig	139	28	80	80	80	80	80	
Totaal baten	**17 195**	**16 433**	**18 325**	**18 714**	**19 179**	**19 657**	**20 148**	
LASTEN								
Nationale beoordelingen	7 558	7 919	8 799	8 915	9 152	9 397	9 648	05.0
Europese beoordelingen	4 562	5 279	5 723	5 799	5 953	6 113	6 276	05.0
Geneesmiddelenbewaking	2 911	2 478	2 948	3 009	3 094	3 183	3 275	05.0
Homeopathische beoordelingen	923	756	803	807	828	849	871	05.0
Overig	0	0	0	0	0	0	0	
Totaal lasten	**15 954**	**16 432**	**18 273**	**18 529**	**19 027**	**19 542**	**20 070**	
Saldo van baten en lasten	**1 241**	**1**	**52**	**185**	**152**	**115**	**78**	

In tabel 1.2 is de begroting gesplitst naar kostensoorten.

Tabel 1.2: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2005 van de baten-lastendienst CBG (bedragen x € 1000)

	Werkelijk 2003	Begroot 2004	Begroot **2005**	Begroot 2006	Begroot 2007	Begroot 2008	Begroot 2009
BATEN							
Opbrengst moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
Opbrengst overige departementen	0	0	0	0	0	0	0
Opbrengst derden	17 056	16 405	18 245	18 634	19 099	19 577	20 068
Rentebaten	102	28	80	80	80	80	80
Buitengewone baten	37	0	0	0	0	0	0
Exploitatiebijdrage	0	0	0	0	0	0	0
Totaal baten	**17 195**	**16 433**	**18 325**	**18 714**	**19 179**	**19 657**	**20 148**
LASTEN							
Apparaatskosten							
* personele kosten	11 720	12 004	13 044	13 184	13 564	13 955	14 357
* materiële kosten	3 633	3 740	4 525	4 637	4 750	4 869	4 990
ZBO College	346	370	386	390	395	400	405
Rentelasten	0	0	0	0	0	0	0
Afschrijvingskosten							
* materieel	194	250	250	250	250	250	250
* immaterieel	61	68	68	68	68	68	68
Dotaties voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
Buitengewone lasten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	**15 954**	**16 432**	**18 273**	**18 529**	**19 027**	**19 542**	**20 070**
Saldo van baten en lasten	**1 241**	**1**	**52**	**185**	**152**	**115**	**78**

Baten

Opbrengst derden
Voor het op de markt brengen van een geneesmiddel moet jaarlijks een vergoeding worden betaald. Zo dient er in Nederland betaald te worden

voor allopathisch (€ 10,780 miljoen) en homeopathisch (€ 30 000) geregistreerde geneesmiddelen. Daarnaast ontvangt het ACBG jaarvergoedingen van de EMEA (Europees Bureau voor geneesmiddelenbeoordeling) voor Europees geregistreerde geneesmiddelen die het ACBG voor EMEA heeft beoordeeld (ad. € 227 000).
Verder ontvangt het ACBG vergoedingen om nationale aanvragen te beoordelen (allopathisch € 2,748 miljoen; homeopathisch € 0,412 miljoen). Omdat er voor beoordelingen verschillende tarieven gelden en er bovendien rekening moet worden gehouden met de matching van baten en lasten, is het niet mogelijk een strikte prijs-maal-aantalbenadering (PxQ) toe te passen. Naast de beoordeling van Europese aanvragen ontvangt het ACBG van de EMEA ook vergoedingen voor beoordelingen (€ 4,047 miljoen).

Lasten

Apparaatkosten

- *Personeel*

Als gevolg van de toegenomen hoeveelheid werk is uitgegaan van 130 fte (gemiddeld € 52 500) werkzaam bij het ACBG. Daarnaast betreft het de kosten van scholing, reiskosten, wachtgelden, uitzendkrachten en overige personeelskosten. In totaal gaat het om een bedrag van € 8,013 miljoen. In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het RIVM beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied. Daarnaast heeft het ACBG bij diverse ziekenhuizen specialisten die specifieke kennis hebben op bepaalde terreinen. De kosten hiervan bedragen op dit moment € 5,031 miljoen.

- *Materiële kosten*

De materiële kosten bedragen € 2,437 miljoen. Hierin zijn begrepen de kosten van huisvesting ad € 900 000, automatisering € 600 000, telefoon- en portikosten € 174 000 en bureaukosten € 600 000. In de post huisvesting is de huurverplichting van het Forum begrepen ad € 671 000. Het college kan in het kader van de registratiewerkzaamheden onderzoeken laten verrichten; hiervoor is € 91 000 begroot. Een bijdrage van € 120 000 heeft betrekking op de departementale uitgaven van het ACBG, zoals bijvoorbeeld de salarisadministratie. De stichting Lareb zet namens het ACBG een nationaal systeem op om spontane meldingen te verzamelen van (vermoede) bijwerkingen van geneesmiddelen die in Nederland in de handel zijn. De totale kosten daarvan bedragen € 1,650 miljoen. Voor het IGZ is een bijdrage begroot van € 0,227 miljoen.

ZBO College

De kosten van het ZBO College ter Beoordeling van Geneesmiddelen bedragen € 386 000.

Afschrijvingskosten

De afschrijvingskosten bedragen € 318 000. De afschrijvingskosten voor meubilair en kantoorapparatuur bedragen € 68 000 en voor hard- en software € 250 000. De afschrijvingstermijnen voor software bedragen drie jaar, voor automatiseringsapparatuur drie jaar, voor kantoorapparatuur zeven jaar en voor meubilair vijf tot tien jaar.

1.5 Doelmatigheidsindicatoren

Hierna zijn per hoofdtaak de prestatie-indicatoren/doelmatigheidsindicatoren aangegeven en voor zover mogelijk de bijbehorende kengetallen. In de komende jaren zullen deze prestatie indicatoren verder worden verfijnd.

Het ACBG is grotendeels afhankelijk van de aanvragen die de industrie heeft ingediend. Zij is niet in staat deze te beïnvloeden. Het is vooralsnog niet mogelijk de vraag adequaat te voorspellen. Bovendien is het ACBG in een aantal gevallen afhankelijk van andere organisaties.

Hoofdtaak 1 Nationale aanvragen beoordelen
De baten bestaan uit zowel de tarieven voor nieuwe aanvragen en wijzigingen als de jaarvergoedingen om een geneesmiddel op de markt te kunnen brengen. In dit geval om geregistreerd te staan in Nederland. Het totaal aantal fte's dat met de werkzaamheden is gemoeid (zowel direct als indirect) is circa 68.
In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het RIVM voor circa 12 fte's beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.

Tabel 1.3: Prestatiegegevens «Beoordelen van nationale aanvragen»

Indicator:	Werkelijk 2003	Begroot 2004	Begroot 2005 e.v.j.
Aantal aanvragen	552	450	570
Aantal wijzigingen type II	187	400	200
Aantal wetenschappelijke adviezen	40	50	50
Kostprijzen (e)	2 872	3 519	3 911
Wettelijke termijnen[1]	*	90%	100%
Totaal ingeschreven geneesmiddelen 31–12	11 059	11 000	11 000

[1] De wettelijke termijnen over 2003 zijn niet beschikbaar. In 2004 zullen deze wel weer beschikbaar komen.

Hoofdtaak 2 Europese aanvragen beoordelen
Europese aanvragen worden via twee procedures beoordeeld: centraal en decentraal. Bij de *centrale* procedure wordt een product in één keer op Europees niveau geregistreerd. De beoordelingsaanvraag wordt bij de EMEA in Londen ingediend, waarna deze een (co)rapporteur (deskundige uit de lidstaten) aanwijst die het beoordelingsrapport opstelt. De (co)rapporteurschappen worden bij toerbeurt verdeeld, waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren van fabrikanten en het feit dat niet alle lidstaten in staat of bereid zijn om als (co)rapporteur op te treden.
Bij de *decentrale* procedure, oftewel de wederzijdse erkenningsprocedure (mutual recognition procedure: mrp), wordt een product in verschillende lidstaten op nationaal niveau geregistreerd. Voor de aanvraag wordt gebruikgemaakt van een al verkregen handelsvergunning in een van de lidstaten (reference member state: RMS). De overige lidstaten (Concerned Member State: CMS) wordt verzocht deze handelsvergunning te erkennen. Omdat de RMS de beoordelingsrapporten beschikbaar stelt aan de overige lidstaten, hoeven de overige lidstaten het geneesmiddel in principe niet meer geheel te beoordelen, waardoor snelle(re) besluitvorming mogelijk is.

De baten bestaan voornamelijk uit de tarieven om nieuwe aanvragen en wijzigingen te beoordelen. Van de centrale en de decentrale procedures, scientific advices, maar ook uit de jaarvergoedingen voor de bij het EMEA geregistreerde producten waarvoor Nederland rapporteur was. Met de werkzaamheden zijn in totaal (zowel direct als indirect) circa 45 fte's gemoeid. Het RIVM verricht voor circa 10 fte's beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.

Tabel 1.4: Prestatiegegevens «Beoordelen van Europese aanvragen beoordelen»

Indicator:	Werkelijk 2003	Begroot 2004	Begroot 2005 e.v.j.
Aantal beoordelingen rapporteurschappen	17	20	20
Aantal wetenschappelijke adviezen EMEA	17	15	15
Kostprijzen (€)	5 392	6 599	7 154
Wettelijke termijnen	100%	100%	100%
Aantal aanvragen RMS	45	35	150
Aantal aanvragen CMS	71	100	100
Aandeel binnen Europa:			
– Rapporteurschappen	19%	20%	20%
– Wetenschappelijke adviezen EMEA	17%	20%	20%

Hoofdtaak 3 Geneesmiddelenbewaking
Er zijn geen directe tarieven voor geneesmiddelenbewaking. De lasten worden gefinancierd uit de opbrengsten van de jaarvergoedingen (zie hoofdtaak 1). Met de werkzaamheden zijn in totaal (zowel direct als indirect) circa 13 fte's gemoeid. De subsidie aan de Lareb is direct toegerekend aan de lasten. Lareb verzamelt, registreert en analyseert gegevens over bijwerkingen van in Nederland verkrijgbare geregistreerde geneesmiddelen. Lareb zet hiervoor circa 15 fte's in.

Tabel 1.5: Prestatiegegevens «Geneesmiddelenbewaking»

Indicator:	Werkelijk 2003	Begroot 2004	Begroot 2005 e.v.j.
Aantal spontane meldingen bijwerkingen Lareb	3 997	3 000	3 500
Aantal ingeleverde rapporten	624	375	550
Afgeronde beoordelingen:			
1. Aantal periodieke veiligheidsrapporten (*PSUR*)	395	150	250
2. Aantal wijzigingen 1B-teksten (*Type II*)	19	25	30
3. Overige	10	15	15
	424	190	295

Hoofdtaak 4 Homeopathische aanvragen beoordelen
Sinds 1996 beoordeelt het CBG homeopathische middelen. Het CBG beoordeelt de aanvragen tot registratie voornamelijk op de criteria «farmaceutische kwaliteit» en «veiligheid». Met de werkzaamheden zijn in totaal (zowel direct als indirect) circa 10 fte's gemoeid.

Tabel 1.6: Prestatiegegevens «Homeopathische aanvragen beoordelen»

Indicator:	Werkelijk 2003	Begroot 2004	Begroot 2005 e.v.j.
Aantal aanvragen	225	500	500
Aantal beoordelingen	608	500	500
Kostprijzen (e)	1 411	1 375	1 606
Aantal inschrijvingen	155	400	400
Totaal aantal ingeschreven geneesmiddelen 31-12	3 296	4 000	4 000

Tabel 1.7: Kasstroomoverzicht van de baten-lastendienst CBG (bedragen x € 1000)

		Werkelijk 2003	Begroot 2004	Begroot 2005	Begroot 2006	Begroot 2007	Begroot 2008	Begroot 2009
1.	**Rekening courant RHB 1 januari (incl. deposito)**	**4 970**	**7 531**	**6 263**	**6 381**	**6 632**	**6 850**	**7 031**
2.	Totaal operationele kasstroom	2 892	319	318	451	418	381	344
3a.	-/- totaal investeringen	– 331	– 200	– 200	– 200	– 200	– 200	– 200
3b.	+/+ totaal boekwaarde desinvesteringen	–	–	–	–	–	–	–
3.	Totaal investeringskasstroom	– 331	– 200	– 200	– 200	– 200	– 200	– 200
4a.	-/- eenmalige uitkering aan moederdepartement	–	– 1 387	–	–	–	–	–
4b.	+/+ eenmalige storting door moederdepartement	–	–	–	–	–	–	–
4c.	-/- aflossingen op leningen	–	–	–	–	–	–	–
4d.	+/+ beroep op leenfaciliteit	–	–	–	–	–	–	–
4.	Totaal financieringskasstroom	0	– 1 387	0	0	0	0	0
5.	**Rekening courant RHB 31 december (incl. deposito)** (=1+2+3+4) (maximale roodstand € 0,5 miljoen)	**7 531**	**6 263**	**6 381**	**6 632**	**6 850**	**7 031**	**7 175**

Tabel 1.8: Overzicht vermogensontwikkeling (€ 1000)

		2003	2004	**2005**	2006	2007	2008	2009
1.	**Eigen vermogen per 1/1**	2 053	3 294	1 908	1 960	2 145	2 297	2 412
2.	Saldo van baten en lasten	1 241	1	52	185	152	115	78
3a.	uitkering aan moederdepartement	–	– 1 387	–	–	–	–	–
3b.	bijdrage moederdepartement ter versterking EV	–	–					
3c.	overige mutaties	–		–	–	–	–	–
3.	Directe mutaties in het eigen vermogen:	0	– 1 387	0	0	0	0	0
4.	**Eigen vermogen per 31/12** 1+2+3	3 294	1 908	**1 960**	2 145	2 297	2 412	2 490

De baten-lastendienst streeft naar een klein positief saldo van baten en lasten. Dit fungeert als een buffer om fluctuaties in de resultaten mee op

te vangen. Er wordt niet aan structurele vermogensopbouw gedaan. Het huidige excessief eigen vermogen zal op korte termijn worden afgebouwd.

2. Baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)

2.1 Missie

De baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) is een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), die op basis van wetgeving of vastgesteld beleid namens de minister besluiten neemt, gegevens registreert en informatie hierover verstrekt. Het CIBG is geen volledig geïntegreerde organisatie, maar heeft een structuur met zo zelfstandig mogelijke units. Taken in de randvoorwaardelijke sfeer, zoals innovatie, planning en control en kwaliteitszorg, worden uit efficiencyoverwegingen centraal aangestuurd.

2.2 Doelstellingen

Het CIBG wil een bijdrage leveren aan de zorgkwaliteit in Nederland. Dit doet het door:

- De kwaliteit van de beheerde en verstrekte gegevens in overeenstemming te brengen of te houden met de daaraan gestelde eisen;
- Als overkoepelende organisatie synergie te behalen in de uitvoering van wet- en regelgeving van VWS;
- De beschikbare informatie te optimaliseren.

Het CIBG onderhoudt hiertoe een groot en divers relatienetwerk. Dit netwerk bestaat uit contacten met het kerndepartement, relaties met de afnemers van de producten (klanten) en ketenpartners. Dit relatienetwerk levert veel informatie op. Daarnaast zijn de diverse databases in combinatie met professionele bewerking een waardevolle informatiebron. Deze informatie heeft potentie. Niet alleen voor het CIBG zelf, maar ook voor de beleidsvorming en beleidsverantwoording van de betrokken beleidsdirecties.

2.3 Taken van het CIBG

2.3.1 Taken voor beleidsartikel 30 Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid

BIG-register
Een beperkt aantal beroepsgroepen in de gezondheidszorg verricht risicovolle handelingen. Het gaat om meer dan 320 000 artsen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen, gezondheidszorgpsychologen, fysiotherapeuten, verloskundigen en psychotherapeuten. Voor deze beroepsgroepen is het BIG-register (voor beroepen in de individuele gezondheidszorg) opgericht. Zorgverleners die staan ingeschreven bij dit register geven hiermee een kwaliteitswaarborg af zodat de patiënt weet welke deskundigheid hij mag verwachten. Het BIG-register is een actueel register dat informatie over de registratie en uit het register verstrekt aan beroepsbeoefenaren, organisaties en burgers. De producten van het BIG-register zijn: beschikkingen, mutaties, verklaringen van inschrijving, verzoeken om adressen en overzichten, voorlichtingsbrieven, de BIG-informatielijn en (elektronische) informatieverstrekking.

Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid
De Nederlandse overheid stelt hoge eisen aan de kwaliteit van de gezondheidszorg en de mensen die in deze sector werken. De unit

vakbekwaamheidsverklaringen beoordeelt een in het buitenland behaald diploma eventueel in combinatie met relevante beroepservaring. Ook doet hij een uitspraak over de gelijkwaardigheid met het Nederlandse equivalent. De producten zijn: vakbekwaamheidsverklaring, beoordeling supervisie, afhandeling bijzondere verzoeken.

Verwijspunt Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid
Wie in de Nederlandse gezondheidszorg wil werken en in het bezit is van een buitenlands diploma, krijgt te maken met diverse ministeries. Zo hebben deze buitenslands gediplomeerden mogelijk een verblijfs- en werkvergunning nodig. Andere regels hebben vooral betrekking op de beroepsuitoefening. Het verwijspunt wijst hen en organisaties in binnen- en buitenland de weg binnen de Nederlandse regelgeving. De producten zijn: informatieverschaffing en verwijsfunctie naar juiste instanties.

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE)
In 2004 is de RTE toegetreden tot het CIBG. De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (verder te noemen: de RTE) zijn in het leven geroepen bij de Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie van 27 mei 1998. Op 1 april 2002 trad de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (verder te noemen: de WTL) in werking. De instelling en werkwijze van de RTE kreeg hiermee een wettelijke basis. De essentie van de wettelijke regeling is dat het handelen van een arts die levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent niet langer strafbaar is, indien die arts de in de WTL opgenomen zorgvuldigheidseisen in acht neemt en zijn handelen meldt bij de gemeentelijk lijkschouwer. De WTL draagt aan de RTE de taak op om te beoordelen of de arts al dan niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen. Als de RTE oordelen dat de arts volgens de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld, dan is dit oordeel een eindoordeel. Indien de RTE tot het oordeel komen dat de arts niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen dienen zij dit oordeel ter kennis te brengen van het College van Procureurs-Generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg.

Project UZI-register (Unieke Zorgverleners Identificatie)
Op basis van een intentieverklaring tussen de directie Innovatie, Beroepen en Ethiek (IBE), de stichting Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) en het CIBG voert het CIBG werkzaamheden uit in het kader van het UZI-register (conform een goedgekeurd plan van aanpak). Het UZI-register heeft als doel om zorgverleners en zorginstellingen bij elektronische communicatie uniek te identificeren. Daartoe koppelt het register de fysieke identiteit op unieke wijze aan de digitale identiteit en legt deze vast in een certificaat. Het project loopt sinds augustus 2002. Het project eindigt december 2004 als de pilotfase wordt afgesloten. Het ligt in de bedoeling om in 2005 het UZI-register als unit op te nemen in de staande CIBG organisatie. Over de omvang en samenstelling van deze organisatie en over de wijze van financiering is bij het opstellen van deze begroting nog niet besloten. De besluiten vindt u daarom niet cijfermatig in deze begroting opgenomen.

2.3.2 Taken voor beleidsartikel 23 Geneesmiddelen en medische technologie

Donorregister
Het Donorregister registreert en muteert wilsbeschikkingen van burgers met betrekking tot orgaan- en weefseldonatie. Hierdoor worden artsen in

staat gesteld na te gaan wat de wilsverklaring van een bepaald persoon is. Daartoe worden jaarlijks alle achttienjarigen aangeschreven. In 2003 waren 4,6 miljoen ingezetenen in Nederland als donor geregistreerd. De producten zijn: beschikking registratiebevestiging, beschikking mutatie, BIG-passen voor raadpleging, registratiebevestigingen, elektronische en schriftelijke informatie uit het register en informatieverstrekking via helpdesk.

Farmatec
Kwaliteit, beschikbaarheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen, hulpmiddelen en bloedproducten, daar draait het om bij Farmacie en Geneeskundige Technologie (Farmatec). In deze unit worden onder andere de vergoedingslimieten en maximumprijzen voor geneesmiddelen opgesteld en vergunningen voor het fabriceren en afleveren van geneesmiddelen verleend. De producten zijn: wijziging Regeling Maximumprijzen geneesmiddelen, wijziging regeling Farmaceutische hulp 1996, drogistenvergunningen, farmaceutische vergunningen en opiumontheffingen, beschikking op administratief beroep apotheekhoudende huisartsen, benoemingsbesluiten van Commissies voor de gebiedsaanwijzing (Cogeba)/regeling en betaling vacatievergoeding, verstrekken van analyses en rapporten.

Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC)
In 2004 is het BMC toegetreden tot het CIBG. Bij het opstellen van de begroting 2004 is het BMC destijds niet opgenomen. Omdat de ontwikkelingen met betrekking tot verkoop van medicinale cannabis nog sterk in beweging zijn en over het meerjarige verloop nog onvoldoende gegevens bekend zijn is in deze begroting vooralsnog alleen een raming tot en met 2005 opgenomen.
Het BMC draagt zorg voor de voorziening van cannabis aan apotheken, farmaceutische bedrijven en voor medisch onderzoek. Dit kunnen overigens ook buitenlandse leveranties betreffen.
De benodigde cannabis koopt het BMC bij een beperkt aantal telers aan wie een aantal eisen worden gesteld, waarvan de voornaamste zijn dat zij een hoogwaardig en constant product leveren en dat zij gescreend zijn. Met deze telers zijn langlopende contracten gesloten.
De verpakking en de binnenlandse distributie is uitbesteed. Dit komt neer op het uitbesteden van het verpakken, van de laboratoriumcontrole en van de logistiek.
De overige taken in dit proces blijven bij het BMC; dit zijn o.a. de voorlichting over de activiteiten van het BMC in het algemeen, productvoorlichting, het afsluiten van de contracten, de marktverkenning en productieplanning, de prijsvaststelling, de (overall-)verantwoordelijkheid voor het voeren van de (BTW-)administratie, het toezicht op de productkwaliteit. Daarnaast verleent het BMC ontheffingen ingevolge de Opiumwet.
Het BMC heeft het monopolie op import en export, en kan import en export als dienstverlening voor derden verrichten.
Het streven is om de kosten van het BMC te dekken uit de opbrengst van de verkoop van medicinale cannabis.

2.3.3 Taken voor het beleidsartikel 33 Jeugdbeleid

Jeugdzorgregistratie
Vanaf 2004 bestond de Jeugdzorgregistratie uitsluitend nog uit het Sectoraal Registratiepunt Jeugdhulpverlening (SRJ). De activiteiten van het SRJ zijn september 2004 beëindigd vanwege de inwerkingtreding Wet op de Jeugdzorg.

2.3.4 Taken voor derden

Facilitaire registers
Het Kwaliteitsregister Paramedici is een particulier initiatief van diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten, en radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laboranten. Zij hebben zich verenigd in de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici. De registratieactiviteiten worden uitgevoerd in de unit Facilitaire registers, op basis van een overeenkomst met de voorzitter van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici. De ministers van VWS en Economische Zaken hebben hiervoor toestemming gegeven. Aan opname in het private register kunnen geen wettelijke rechten en plichten worden ontleend. Er zijn onderhandelingen bezig om het contract met de Stichting na 2005 te verlengen.

2.4 Doelmatigheidsindicatoren

Doelmatiger werken bestaat uit twee elementen: kostprijs- en kwaliteitsontwikkeling. De beoogde doelmatigheidswinst bedraagt 2% reductie op de kostprijs per jaar exclusief prijs- en inflatiecorrectie. Tot en met 2006 wordt deze doelmatigheidswinst echter sterk beïnvloed door meerjarige taakstelling die het kabinet al aan het CIBG heeft opgelegd. Naast deze doelmatigheidswinst zijn er streefwaarden geformuleerd voor de kwalitatieve prestatie-indicatoren. De dienstverlening van het CIBG wordt hiermee per jaar op een hoger kwaliteitsniveau gebracht. Op zowel kostprijsontwikkeling als op kwaliteit wordt doelmatigheidswinst nagestreefd.

De kwalitatieve verbeteringen zullen worden behaald op het terrein van afhandeling van de vraag van burgers, instellingen en organisaties naar de producten van het CIBG en de daarmee samenhangende klanttevredenheid. Hierbij moet gedacht worden aan:
- Een geleidelijke reductie van doorlooptijden.
- Het terugbrengen van overschrijdingen (en handhaven) van wettelijke afhandelingstermijnen.
- Optimaliseren van de bereik- en beschikbaarheid.
- Minimaliseren van het aantal klachten.
- Zo veel mogelijk voorkomen van beroeps- en bezwaarprocedures.
- Initiëren en stimuleren van het gebruik van (nieuwe) ICT-ontwikkelingen bij het primaire proces, waaronder digitaliseren van informatiestromen en het toepassen van e-government.
- Bevorderen van synergie tussen de CIBG-onderdelen en in de relatie klant/product/opdrachtnemer/opdrachtgever.

Tabel 2.1: *Kwantitatieve prestatie-indicatoren*

Unit	Product	Realisatie 2003	Raming 2004	Raming 2005
BIG-register	Aantal beschikkingen betreffende basisberoep	11 875	10 000	10 500
	Aantal malen dat informatie is verstrekt via de BIG-informatielijn	22 319	25 000	20 000
Vakbekwaamheidsverklaringen	Aantal afgegeven beschikkingen Vakbekwaamheid	1 344	880	800
Farmatec	Aantal herijkingen maximumprijzen geneesmiddelen	2	2	2
	Aantal wijzigingen regeling *Farmaceutische hulp*	12	12	12
	Aantal vergoedingen voor vergunningen en ontheffingen	1 267	1 200	1 460*
Donorregister	Aantal behandelde wilsbeschikkingen	91 631	104 400	92000
	Aantal malen dat informatie is verstrekt via de helpdesk in het kader van de raadpleging	12 071	12000	12000
Verwijspunt	Aantal malen dat informatie is verstrekt	1 894	2000	2000
BMC	Aantal verkochte kilo's cannabis	n.v.t.	104	104
Regionale Toetsingscommissie Euthanasie	Aantal oordelen	n.v.t.	1 800	1 700

* In 2005 is het product en daarmee ook de prestatieindicator gewijzigd in aantal aanvragen om (mutatie) van vergunningen en ontheffingen

Tabel 2.2: *Kwalitatieve* prestatie-indicatoren

Producten	Doel	Norm	(realisatie) 2003	Streefwaarde 2005
Doorlooptijd voor afhandeling				
Beschikking basisberoep BIG-register	Behandeling binnen wettelijke termijn van 8 weken	Geen overschrijding van de termijn	1,2% overschrijding	Geen overschrijding van de termijn
Vakbekwaamheidsverklaring	Behandeling binnen wettelijke termijn 18 weken via de directe weg. 36 weken via de commissie	Geen overschrijding van de termijn	0	Geen overschrijding van de termijnen
Wilsbeschikkingen Donor-register	Behandeling binnen wettelijke termijn van 6 weken	Geen overschrijding van de termijn	0	Geen overschrijding van de termijn
Informatieverschaffing Verwijspunt	Correcte en snelle behandeling	Gemiddeld minder dan 5 werkdagen	Gemiddeld 4 werkdagen	Gemiddeld 4 werkdagen
Uitvoering geneesmiddelen-vergoedingssysteem	Behandeling aanvraag wijziging farmaceutische hulp binnen de normtijd van 90 dagen	100% is binnen 90 dagen afgehandeld	93% is binnen 90 dagen afgehandeld	100% is binnen 90 dagen afgehandeld
Aantal klachten en/of beroep- en bezwaarschriften				
Beschikking basisberoep BIG-register	Tevreden klanten	< 1‰ van de productie	0	< 1‰ van de productie
Informatieverstrekking BIG-informatielijn	Tevreden klanten	< 10 klachten per jaar	0	< 10 klachten per jaar
Vakbekwaamheidsverklaring	Tevreden klanten	< 5% van de productie	3% bezwaar en beroep (ongegrond) en 1% klachten	< 5% van de productie

Tabel 2.2: *Kwalitatieve* prestatie-indicatoren				
Producten	Doel	Norm	(realisatie) 2003	Streefwaarde 2005
Registreren wilsbeschikkingen donor	Tevreden klanten	< 1‰ van de productie	6 (0,06‰)	< 1‰ van de productie
Informatieverstrekking via de helpdesk Donor	Tevreden klanten	< 1‰ van de productie	0	<1‰ van de productie
Informatieverschaffing Verwijspunt	Tevreden klanten	< 1% van de productie	0	< 1% van de productie
Percentage gelukte oproeppogingen				
Informatieverstrekking BIG-informatielijn	Snelle en juiste beantwoording	95%	95%	95%
Informatieverstrekking via de helpdesk Donor	Snelle en juiste beantwoording	95%	99%	99%
Aantal fouten en toelichtingen				
Herijking geneesmiddelen-prijzen	Geslaagde herijking	max. 10 (0,5%) aanpassingen	0,6%	0,5%
Vergoedingen, vergunningen en verloven	Duidelijke beschikking	< 5%	< 5%	< 5%
Efficiënte bedrijfsvoering	Trendmatige verlaging reële uitvoerings-kosten	2% reductie (excl. inflatiecorrectie op het totale budget	2%	2%

Tabel 2.3: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2005 van de baten-lastendienst CIBG (bedragen x € 1000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Baten							
opbrengst moederdepartement	8 835	4 375	7 017	7 051	7 051	7 051	7 051
opbrengst tweeden	50	50					
opbrengst derden	2 130	5 617	2 370	1 558	1 558	1 558	1 558
rentebaten	13	0	10	10	10	10	10
buitengewone baten	168	0	0	0	0	0	0
exploitatiebijdrage							
Totaal baten	11 146	10 042	9 397	8 619	8 619	8 619	8 619
Lasten							
apparaatkosten	8 092	10 380	9 066	8 134	8 149	8 159	8 169
– *personele kosten*	3 865	4 407	4 407	4 107	4 107	4 107	4 107
– *materiële kosten*	3 824	5 738	3 959	3 327	3 342	3 352	3 362
– *huisvesting*	403	235	700	700	700	700	700
rentelasten	29	60	60	60	60	60	60
afschrijvingskosten		252	271	425	410	400	390
– *materieel*	274	252	91	245	230	220	210
– *immaterieel*			180	180	180	180	180
dotaties voorzieningen		0	0	0	0	0	0
buitengewone lasten	63	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	8 458	10 692	9 397	8 619	8 619	8 619	8 619
Saldo van baten en lasten	2 688	– 650	0	0	0	0	0

De Meerjarenbegroting geeft een overzicht van de baten en lasten van het CIBG op het prijspeil van het jaar 2004. Op basis van de geraamde aantallen producten (onder andere registraties, informatieverstrekking, verloven en vergunningen) en het tarief dat voor de producten is vastgesteld, worden deze bij het moederdepartement en derden in rekening gebracht. De cijfers in kolom 2004 gaan uit van de huidige verwachtingen en wijken daarom af van de oorspronkelijke begroting.

Vanaf 2006 is het Bureau Medicinale Cannabis niet opgenomen in de begroting van baten en lasten. We wachten daarvoor eerst de besluitvorming over het voortbestaan ervan na 2005 af.

Baten

Het CIBG voert de wettelijke taken uit. Nieuwe taken kunnen worden uitgevoerd op basis van vastgestelde intakecriteria.

Opbrengst moederdepartement
De baten worden grotendeels gevormd door de opdrachten voor het BIG-register, Vakbekwaamheidsverklaringen, Verwijspunt en Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, Farmatec en Donorregister. Daarnaast verricht het CIBG activiteiten in het kader van de projecten Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI) en Zorg Identificatie Nummer (ZIN). De opbrengst is vanaf 2005 hoger omdat de financiering van het Donorregister is verplaatst van opbrengst derden naar opbrengst moederdepartement (zie ook toelichting tabel 2.6).

Tabel 2.4: Overzicht opbrengst moederdepartement (bedragen x € 1000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BIG-register	877	906	887	887	887	887
Verwijspunt	345	348	340	340	340	340
Vakbekwaamheidsverklaringen	980	940	920	920	920	920
Regionale toetsingscommissie Euthanasie		772	772	772	772	772
Donorregister		3 224	3 325	3 325	3 325	3 325
Farmatec	699	827	807	807	807	807
Jeugdzorg	206					
Project UZI-register	1 268					
Totaal	4 375	7 017	7 051	7 051	7 051	7 051

Opbrengst tweeden
In de loop van 2004 zijn de jeugdzorgactiviteiten bij het CIBG beëindigd en zijn er vanaf 2005 geen bijdragen meer van tweeden.

Opbrengst derden
Het CIBG krijgt ook opbrengsten (baten) van burgers en bedrijven voor het verrichten van verschillende (wettelijke) registratieactiviteiten en verleende vergunningen en ontheffingen tegen door het departement vastgestelde tarieven:
- Afkomstig van de door beroepsbeoefenaren te betalen registratieheffing (€ 59) bij inschrijving in het BIG-register.
- Afkomstig van verleende vergunningen en verloven (Farmatec).
- Afkomstig van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (t/m 2005) voor de verwerking van inschrijvingen à € 27 in het register inschrijvingen.
- Uit de verkoop van medicinale cannabis.

Tabel 2.5: Overzicht opbrengst derden (bedragen x € 1000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BIG-register	525	525	525	525	525	525
Farmatec	1 033	1 033	1 033	1 033	1 033	1 033
Kwaliteitsregister	27	27	0	0	0	0
Donorregister	3 291					
BMC	741	785				
Totaal	**5 617**	**2 370**	**1 558**	**1 558**	**1 558**	**1 558**

De opbrengst Donorregister is vanaf 1 januari 2005 weer ondergebracht bij opbrengst moederdepartement. In de begroting 2004 is er vanuit gegaan dat het Donorregister, conform de Wet Orgaandonatie, gefinancierd zou worden door het College van Zorgverzekeraars (CVZ). Dit blijkt in de praktijk niet het geval te zijn.

De opbrengst BMC is vooralsnog alleen tot en met 2005 geraamd omdat (op grond van onder andere de exploitatieresultaten) er over het voortbestaan na 2005 nog besloten moet worden.

Rentebaten
De rentebaten vloeien voort uit het positieve saldo op de rekening-courant bij Financiën.

Buitengewone baten
Er worden geen buitengewone baten verwacht.

Lasten

Bij de lasten is al een efficiencydoelstelling ingehouden van 2% per jaar. Deze doelstelling kan bereikt worden door kostenbesparingen, door schaalvoordelen te benutten en door gebruik te maken van synergie bij de toepassing van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ICT in het primaire proces.
De daling van de lasten na 2005 is het gevolg van niet opgenomen baten en lasten van het BMC in afwachting van de besluiten over het voortbestaan ervan na 2005.

Personele kosten
Het CIBG heeft een vrij stabiele opdrachtenportefeuille die eigenlijk alleen beïnvloed wordt door toe- of afname van opdrachten van de opdrachtgevers (VWS). De omvang van afzonderlijke producten is verder afhankelijk van beleidsontwikkelingen en maatschappelijke ontwikkelingen. Dit resulteert in een vrijwel constante formatiegrootte. De toename in het aantal fte is het gevolg van de uitbreiding in 2004 met het BMC en de RTE.

Tabel 2.6: Loonkosten per fte (bedragen x € 1000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Salarissen	4 007	4 007	3 807	3 807	3 807	3 807
Overige personeelskosten	400	400	300	300	300	300
Totaal	4 407	4 407	4 107	4 107	4 107	4 107
Aantal fte	91	91	88	88	88	88
Gemiddelde prijs per fte	48,4	48,4	46,7	46,7	46,7	46,7

Materiële kosten
De materiële kosten bestaan uit algemene materiële kosten en huisvestingskosten. De algemene materiële kosten bestaan onder andere uit: inhuur van derden (geen uitzendkrachten), exploitatie automatisering, drukwerk en voorlichting, porto- en telefoonkosten, vacatiegelden, abonnementen, reiskosten en kantoorbehoeften.

Huisvesting
Het CIBG is gehuisvest in huurpanden op twee locaties: het Donorregister in Kerkrade en alle overige onderdelen in de Muzentoren te Den Haag. De locatie Den Haag maakt tot en met 2004 deel uit van een huurcontract van het ministerie van VWS met de Rijksgebouwendienst. De kosten in 2005 zijn beduidend hoger dan in 2004 omdat de bijdrage van het departement in de kosten per 1 januari 2005 is komen te vervallen. Daarnaast zijn in deze post nu alle huisvestingskosten opgenomen van zowel de locatie Den Haag als de locatie Kerkrade.

Rentelasten
De rentelasten bestaan uit de verschuldigde rente op de initiële en investeringsleningen bij het ministerie van Financiën.

Afschrijvingskosten
In het jaar van investeren wordt met ingang van de maand van ingebruikname afgeschreven. De specificatie van de verwachte afschrijvingen en investeringen en daarmee van het verloop van de boekwaarde in het jaar 2005 vindt u in onderstaande tabel.
De cijfers wijken af van de begroting 2004 omdat de aanvankelijke investering van 1,3 miljoen in de ICT (afschrijving in 3 jaar) is gewijzigd in een investering van 0,9 miljoen in immateriele activa met een afschrijving in 5 jaar.

Tabel 2.7: Verloopoverzicht activa vanaf 1 januari 2005 (bedragen x € 1000)

	Afschrijvingstermijn (jaren)	Boekwaarde 1-1-2005	(des) investering	Afschrijvingen 2005	Boekwaarde 31–12–2005
Inventaris	10	350	50	60	340
Automatisering	3	55		19	36
Overige	5	46		12	34
Inmaterieel	5	900		180	720
Totaal		1 351	50	271	1 130

Dotaties voorzieningen
In het kader van het risicobeleid is overeengekomen dat de maatschappelijke en politieke risico's voor rekening komen van de eigenaar respectievelijk de opdrachtgever. De normale exploitatierisico's komen voor rekening van het agentschap (de opdrachtnemer) en zullen ten laste worden gebracht van de exploitatiereserve (agentschapsvermogen).

Buitengewone lasten
Er worden geen buitengewone lasten verwacht.

Tabel 2.8: Kasstroomoverzicht van de baten-lastendienst CIBG (bedragen x € 1 000)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	Rekening-courant RIC 1 januari (incl. deposito)	0	2 644	1 910	1 952	1 902	1 852	1 745
2	Totaal operationele kasstroom	3 008	820	378	389	389	324	324
	3a Totaal investeringen -/-	– 128	– 950	– 50	– 550	– 50	– 50	– 650
	3b Totaal boekwaarde desinvesteringen	0	0	0	0	0	0	0
3	Totaal investeringskasstroom	– 128	– 950	– 50	– 550	– 50	– 50	– 650
	4a Eenmalige uitkering aan moederdepartement -/-		– 1 218					
	4b Eenmalige storting door moederdepartement							
	4c Aflossing op leningen -/-	– 236	– 286	– 286	– 389	– 389	– 381	– 187
	4d Beroep op leenfaciliteit		900		500			600
4	Totaal financieringskasstroom	– 236	– 604	– 286	111	– 389	– 381	413
5	Rekening-courant RIC 31 december	2 644	1 910	1 952	1 902	1 852	1 745	1 832

Toelichting op het kasstroomoverzicht

Operationele kasstroom
De operationele kasstroom bestaat uit het saldo van baten en lasten, saldo van toename en afname van kortlopende vorderingen en schulden plus afschrijvingen, zoals opgenomen in de begroting van baten en lasten.

Investeringen
Vanwege technologische ontwikkelingen in de ICT worden vanaf 2004 de besturingsystemen binnen de netwerkomgeving van VWS gewijzigd. Daarnaast ondersteunen leveranciers de huidige versies van de in gebruik zijnde databasemanagementsystemen binnenkort niet meer. Het CIBG is daarom genoodzaakt tot nieuwbouw van enkele bedrijfskritische toepassingen, zoals in 2004 Geneur (Geneesmiddelenprijzen) en op termijn REGBIG (BIG-registratie) en en Genmid (geneesmiddelenvergoedingen). Dit vraagt investeringen. Het CIBG doet hiervoor voor een deel een beroep op de leenfaciliteit van het ministerie van Financiën. Deze immateriële activa worden eerst gewaardeerd bij oplevering eind 2004. De investeringen bestaan verder uit de reguliere vervanging van materiële activa.

Tabel 2.9: Investeringen (bedragen € 1000)						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Vervanging inventaris	50	50	50	50	50	50
Vervanging hardware	0	0	500	0	0	600
Incidenteel automatisering	900	0	0	0	0	
Totaal	950	50	550	50	50	650

Financieringsbehoefte
Het reguliere investeringsprogramma wordt gedekt uit de operationele kasstroom, waarin de afschrijvingen zijn opgenomen. De incidentele investeringen worden gefinancierd door een beroep op de leenfaciliteit. Deze lening wordt afgelost uit de reservering die uit de afschrijvingen op de desbetreffende activa is opgebouwd.

Tabel 2.10: Overzicht vermogensontwikkeling van de baten-lastendienst CIBG (bedragen x € 1 000)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1.	Eigen vermogen per 1 januari	0	2 688	820	470	470	470	470
–	eigen vermogen							
–	onverdeeld resultaat t-1		2 688					
2.	Saldo van baten en lasten	2 688	– 650	0	0	0	0	0
3a	Uitkering aan moederdepartement		– 1 218					
3b	Storting door moederdepartement							
3c	Overige mutaties			– 350				
3.	Totaal directe mutaties in het eigen vermogen		– 1 218	– 350	0	0	0	0
–	eigen vermogen		470					
–	onverdeeld resultaat	2 688	350					
4.	Eigen vermogen per 31 december	2 688	820	470	470	470	470	470

Ten laste van het onverdeeld resultaat 2003, is in overleg met de eigenaar, besloten om € 1,218 miljoen te verrekenen met het moederdepartement.

Het restant onverdeeld resultaat wordt in 2005 in overleg met de eigenaar gebruikt voor dekking van ICT investeringen (incidentele kosten) die niet op de balans mogen worden geactiveerd, o.a. verdere inrichting van de ICT architectuur (€ 0,35 miljoen).

3. Baten-lastendienst RIVM

3.1 Missie

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in Bilthoven is een beleidsondersteunend onderzoeksinstituut op het gebied van volksgezondheid en milieu. Het fungeert als kenniscentrum voor de overheid en heeft een planfunctie op het gebied van milieu en natuur. Na een proefjaar in 2003 is het RIVM met ingang van 2004 een baten-lastendienst binnen het ministerie van VWS.

3.2 Doelstellingen

Het RIVM heeft negen doelstellingen:

Profilering als rijksbreed onderzoeksinstituut
Het RIVM profileert zich als rijksbreed instituut op het gebied van volksgezondheid en milieu door actief in te spelen op de behoeften van de departementen. Naast VWS, VROM en LNV zullen ook andere departementen in toenemende mate opdrachtgevers zijn.

Versterking samenwerking
De politieke besluitvorming over volksgezondheid, milieu en natuur hangt steeds meer samen met sociaal-culturele, economische en ruimtelijke aspecten. Daarom zal de samenwerking met planbureaus versterkt worden. Ook de samenwerking met kennisinstituten wordt waar mogelijk verder versterkt. Doel hiervan is wetenschappelijke consensus te bevorderen, gegevens uit te wisselen en elkaars instrumentarium te benutten. Met universiteiten wordt gericht gewerkt aan het genereren van kennis om het beleid beter te ondersteunen.

Versterking rol van «risico-organisatie»
Als «risico-organisatie» geeft het RIVM invulling aan de maatschappelijke behoefte om de veiligheid op het terrein van de volksgezondheid en het milieu te vergroten. Het inzetbare instrumentarium daarvoor wordt uitgebreid, en de positionering van het instituut in de landelijke netwerken versterkt. Beide activiteiten zullen ook gericht worden op de rol van het RIVM bij nucleair-, biologisch- en chemisch-terrorismebestrijding.

Versterking internationaal netwerk
Het beleid op het gebied van gezondheid en milieu krijgt steeds meer vorm op internationaal niveau. Daarom is het gewenst de bestaande internationale activiteiten en netwerken te versterken. Deze activiteiten worden vaak via internationale verbanden gefinancierd. Een specifiek aandachtspunt hierbij is kostendekkendheid te realiseren.

Voeding en consumentenveiligheid
Binnen het RIVM zal integrale risicoschatting een centrale plaats innemen. Naast de relatie tussen potentieel schadelijke micro-organismen, stoffen in voeding en de effecten op de gezondheid daarvan, besteedt het RIVM speciale aandacht aan stoffen en micro-organismen die de gezondheid kunnen bevorderen.

Versterking infectieziektebestrijding
Het onderzoek binnen het taakveld infectieziektebestrijding krijgt een nieuwe dimensie door het Centrum Infectieziekten. De samenwerkingsverbanden met GGD Nederland worden geïntensiveerd en het RIVM zal een

sterkere ondersteunende rol hebben voor het kerndepartement bij landelijke outbreaks. Daarnaast worden mede als gevolg van de dreiging van terroristische acties de onderzoeksfaciliteiten op het terrein van de infectieziekten uitgebreid.

Verbetering verkenningen en informatievoorziening public health
Het RIVM biedt inzicht in de volksgezondheid (sterfte, ziekte, risicofactoren, enzovoort) en draagt daarmee bouwstenen aan voor de beleidsonderbouwing en -ontwikkeling van het kerndepartement. Ook de uitvoering van inspectietaken op de middellange en lange termijn krijgt aandacht. Een belangrijk product is in dit verband de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), die vierjaarlijks verschijnt. Via de websites Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Nationale Atlas Volksgezondheid stelt het RIVM continu informatie beschikbaar over gezondheid, zorg en regionale verschillen daarin. Deze gegevens kunnen worden gebruikt om de gemeentelijke volksgezondheidsnota's te onderbouwen.

Uitbouw calamiteitenfunctie
Er wordt een steeds groter beroep gedaan op de ondersteuning van het RIVM bij milieu-incidenten, calamiteiten en rampen. Dit heeft onder andere geleid tot de instelling van een Centrum voor Externe Veiligheid en Vuurwerk (CEV) en een Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen (CGOR). Hierbij worden datasystemen ingericht waarin risicovolle activiteiten en (milieu)gevaarlijke stoffen zijn geregistreerd. Inmiddels is het Stoffen Expertise Centrum ingesteld, onder meer om rampen te bestrijden.

Versterking van de kennis over duurzame ontwikkeling binnen het Milieu- en Natuurplanbureau
De politieke besluitvorming over milieu en natuur wordt meer in samenhang gebracht met sociaal-culturele en economische aspecten. Daarnaast wordt de wetenschap steeds meer in de politieke arena getrokken. Omgaan met onzekerheden en verschillende wereldbeelden en de interactie met maatschappelijke groeperingen worden steeds belangrijker. Het Milieu- en Natuurplanbureau zal daarom de komende jaren investeren in meer kennis op deze terreinen. De groei op dit terrein wordt gerealiseerd door een verminderde inzet van capaciteit gericht op niet-integrale beleidsonderwerpen.

3.3 Taken

3.3.1 Algemeen

In de Wet op het RIVM (wet van 21 oktober 1996) zijn de taken van het RIVM geformuleerd. Bij het uitvoeren van deze taken is het RIVM professioneel autonoom. Voor de andere werkzaamheden geldt dat daarbij de expliciet bij wet opgedragen taken niet in het gedrang mogen komen. De kosten van zodanig onderzoek of zodanige werkzaamheden brengt het RIVM in rekening bij degene die de opdracht voor het onderzoek of de werkzaamheden heeft gegeven. Het RIVM verricht geen werk voor derden op commerciële basis, omdat dit afbreuk zou kunnen doen aan de vereiste onafhankelijkheid. Bovendien zou dit tot belangenvermenging kunnen leiden.

3.3.2 RIVM-taken voor VWS

Het RIVM ondersteunt VWS bij beleid en toezicht op het terrein van de volksgezondheid door kennisgeneratie, -toepassing en -integratie op kernpunten van de beleidscyclus. Daarnaast zet VWS het RIVM in voor onderwerpen die vragen om beleids- en toezichtnabijheid, onafhankelijkheid van belanghebbenden en beschikbaarheid/inzetbaarheid. Het RIVM levert hiermee een bijdrage aan doelstellingen die opgenomen zijn in de artikelen 21 en 37 van de VWS-begroting.

3.3.3 RIVM-taken voor VROM

Het RIVM voert voor VROM de volgende taken uit:
- De milieuplanbureaufunctie; wettelijke taak met een autonome invulling.
- Beleid ondersteunen en regelgeving uitvoeren; met doorlopende en eenmalige opdrachten.
- De VROM-Inspectie ondersteunen.

Het RIVM levert hiermee een bijdrage aan doelstellingen die opgenomen zijn in de artikelen 1 en 13 van de VROM-begroting.

3.3.4 RIVM-taken voor LNV

Het RIVM voert voor LNV de natuurplanbureaufunctie uit. Dit is een wettelijke taak met autonome invulling van het RIVM. Deze taak wordt met name zichtbaar in de jaarlijkse Natuurbalans, de vierjaarlijkse Natuurverkenning en de bijdrage aan de beantwoording van ad-hocvragen met een grote beleidsimportantie. Als onderdeel van deze wettelijke taak verwerft het RIVM basisinformatie (monitoring), waaronder de gegevens uit de meetnetten van LNV (bijvoorbeeld Netwerk Ecologische Monitoring).

3.3.5 RIVM-taken voor de VWA

Om ervoor te zorgen dat het takenpakket op het terrein van de voeding, in het bijzonder de consumptie van voedingsmiddelen en de effecten daarvan op de gezondheid, bij het RIVM in evenwicht zijn, voert het RIVM voor de VWA voedings-, toxicologisch en epidemiologisch onderzoek uit, evenals een integrale risicoanalyse van de gezondheidseffecten van voedingsmiddelen. Het RIVM levert hiermee een bijdrage aan de doelstellingen van de VWA.

3.3.6 Strategisch onderzoek RIVM

Het strategisch onderzoek van het RIVM is gericht op de continuïteit van het instituut op de langere termijn. Het is bedoeld om te voorzien in de benodigde expertise en kwaliteit om ook in de toekomst de taken voor de opdrachtgevers te kunnen uitvoeren. Het RIVM heeft – na uitgebreid overleg met de commissie van toezicht – besloten het strategisch karakter van het strategisch onderzoek te versterken en daarin meer samenhang te brengen door te kiezen voor een beperkt aantal speerpunten. De speerpunten zijn zodanig gekozen dat deze aansluiten bij de verwachte ontwikkelingen op de lange termijn voor de werkvelden van het instituut. Op deze wijze wordt geanticipeerd op toekomstige vragen van de opdrachtgevers. De commissie van toezicht adviseert de directeur-generaal van het RIVM over de inhoudelijke kwaliteit van het strategisch onderzoek.

Beleidsmatig worden de met het strategisch onderzoek gemoeide middelen geraamd op artikel 98 van de VWS-begroting.

3.4 Doelmatigheidsindicatoren

Door resultaatgericht management moet het RIVM als baten-lastendienst aantoonbaar doelmatiger gaan werken. Het RIVM dient daarom vooraf aan te geven hoe het zichzelf en anderen beoordeelt en in welke mate dit gebeurt. Daarvoor zijn doelmatigheidsindicatoren ontwikkeld. Doelmatigheid heeft betrekking op het verband tussen de ingezette middelen en de hoeveelheid producten en diensten die de dienst levert. Het gaat hierbij om de verhouding tussen prijs en kwaliteit.
Voor een organisatie is het van belang dat bij de doelmatigheidsontwikkeling ook het langere termijn aspect, ofwel de continuïteit van de organisatie, in beeld wordt gebracht. In dat kader dienen doelmatigheidsindicatoren naast de financiële aspecten ook betrekking te hebben op de kwaliteit van de output, de opdrachtgevertevredenheid, de maatschappelijke rol, de resources (beschikbare expertise en kennisniveau) en de interne organisatie.

Doelmatigheidindicatoren

- Indicator voor de efficiency is het gewogen uurtarief. De uurtarieven worden jaarlijks vastgesteld. De hoogte van de tarieven wordt bepaald door onder meer de ontwikkeling van de loonkosten, de overhead en het aantal te declareren uren per medewerker. Het aandeel overhead in het RIVM-tarief is daarbij een maat voor de doelmatigheid van de ondersteunende diensten en het ondersteuningsniveau dat de sectoren wensen.
- Voor het RIVM geldt dat het slechts in een beperkt aantal gevallen mogelijk is de ontwikkeling van de kostprijs per product als een indicator voor doelmatigheidsontwikkeling te hanteren. De geleverde producten zijn in het algemeen uniek, waardoor een onderlinge vergelijking of vergelijking in de tijd niet mogelijk is. Er is een beperkt aantal standaardproducten gedefinieerd waarvoor dit echter wel mogelijk is. Voor de levering van deze standaardproducten kan een kostprijs per product worden gehanteerd. Indicator voor de efficiency hierbij is de prijsontwikkeling van deze standaardproducten. De startwaarde van de twee opgenomen standaardproducten (landelijke meetnetten) bestaat uit de voor 2004 gebudgetteerde kosten. Voor de jaren daarna zullen steeds de gerealiseerde kosten worden vermeld.
- Naast de meer op bedrijfsvoering gerichte indicatoren is de kwaliteitsontwikkeling voor het RIVM een belangrijke indicator die inzicht biedt in de kwaliteit van de geleverde prestatie. Indicatoren hierbij zijn: het (periodieke) oordeel van de opdrachtgever over de uitvoering en tijdigheid van een project; de kwaliteit van wetenschappelijke publicaties volgens de norm die voor toetsing van het strategisch onderzoek op verzoek van de commissie van toezicht is ontwikkeld; aan wie gerapporteerd wordt. Verder vinden met zekere regelmaat (wetenschappelijke) audits plaats. Ook kan de secretaris-generaal van VWS als eigenaar gebruikmaken van benchmarking van de kostprijs om de doelmatigheid van het RIVM te bepalen en een bedrijfsvoeringsonderzoek instellen om de kwaliteit van de organisatie te bepalen.

De resultaten van een nulmeting van de doelmatigheidsindicatoren per 1 januari 2004 zijn in onderstaande tabel samengevat. De bepaling van de streefwaarden is nog in ontwikkeling; de desbetreffende kolom is daarom uit deze tabel weggelaten.

Tabel 3.1: Doelmatigheidsindicatoren		
	IJkdatum	Nulmeting
Gewogen uurtarief voor onderzoek	2004	€ 107,20
Kosten landelijk meetnet effecten mestbeleid	2004	€ 3 044 000
Kosten landelijk meetnet lucht	2004	€ 3 070 000
Omzet opdrachtgevers:		
– primaire opdrachtgevers	2003	€ 105 970 000
– derden opdrachtgevers	2003	€ 25 208 000
– omzet derden als % van de totale omzet	2003	19,2%

3.5 Begroting van baten en lasten

Tabel 3.2: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2005 van de baten-lastendienst RIVM (bedragen x € 1000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Baten							
Opbrengst VWS-eigenaar		23 120	21 435	20 602	20 089	20 089	24 108
Opbrengst VWS-opdrachtgevers		41 794	32 376	31 652	32 323	32 323	32 323
Opbrengst VROM		58 101	51 362	51 069	50 646	50 646	50 646
Opbrengst LNV		1 416	1 350	1 350	1 350	1 350	1 350
Opbrengst overige ministeries		1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
Opbrengst derden		39 716	36 846	36 846	36 846	36 846	36 846
Rentebaten		229	191	186	186	187	196
Totaal baten		166 126	145 310	143 455	143 190	143 191	147 219
Lasten							
Apparaatkosten							
– personele kosten		84 057	83 637	83 219	82 802	82 388	81 976
– materiële kosten		76 835	56 859	56 595	58 187	59 466	64 654
Rentelasten		349	325	216	113	49	15
Afschrijvingskosten							
– materieel		4 365	4 066	3 064	1 886	1 245	574
– immaterieel		520	423	361	202	43	0
Totaal lasten		**166 126**	**145 310**	**143 455**	**143 190**	**143 191**	**147 219**
Saldo van baten en lasten		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

De begroting over het jaar 2004 wijkt af van de stand ontwerpbegroting. Sinds 1 januari 2004 is het RIVM een baten-lastendienst van het ministerie van VWS. De primaire opdrachtgevers van het RIVM zijn de ministeries van VWS, VROM en LNV. Daarnaast voert het RIVM projecten uit die andere opdrachtgevers opdragen en bekostigen, met name andere ministeries, provincies en internationale organisaties. Het RIVM wordt geconfronteerd met een daling van het opdrachtenvolume door aan de primaire opdrachtgevers opgelegde taakstellende bezuinigingen. Om als baten-lastendienst op termijn kostendekkend te blijven opereren, is aansturing op kostenbeheersing en efficiency essentieel. Acties die tot kostenreductie zullen moeten leiden, zijn onder meer: de inhuur van externen terugdringen, een stringente vacaturestop, de inkoopefficiency bevorderen, niet meer renderende onderdelen afbouwen en de centrale en decentrale staven herinrichten. De begrotingscijfers zijn in dit stadium nog onder voorbehoud van de besluitvorming over het beginvermogen van de baten-lastendienst RIVM per 1 januari 2004. Voor deze exploitatie-begroting zijn de voorzieningen op nul gesteld.

Baten

Opbrengst VWS-eigenaar
De geraamde baten van VWS-eigenaar zijn bestemd voor het strategisch onderzoek en zijn overeenkomstig het bedrag dat wordt begroot in artikel 98 van de begroting van VWS. Een bedrag van € 3,6 miljoen is beschikbaar als aanvullend huisvestingsbudget. Bij de Stelselwijziging Rijkshuisvesting is het RIVM een structurele compensatie toegekend. Deze compensatie is naar analogie van de stelselwijziging vastgesteld. Voor het RIVM gaat het om een bedrag van in totaal € 11,7 miljoen vanaf het jaar 2014. Dit bedrag is in de meerjarenramingen als volgt opgenomen:

- Vanaf 2004 structureel € 3,619 miljoen per jaar.
- Vanaf 2009 structureel € 4,019 miljoen per jaar.
- Vanaf 2014 nogmaals structureel € 4,019 miljoen per jaar.

Opbrengst VWS-opdrachtgevers
De geraamde baten van VWS-opdrachtgevers betreffen inkomsten die het RIVM verwacht te verwerven door opdrachten van de beleidsdirecties van VWS, IGZ en VWA. De hoogte van deze inkomsten is afhankelijk van overeenstemming tussen opdrachtgevers en RIVM over aard en omvang van de te verrichten activiteiten en – daarmee samenhangend – de in rekening te brengen kosten (de uren maal het tarief plus projectgebonden kosten). De budgetten van de VWS-opdrachtgevers worden geraamd in artikel 21 en artikel 37.

Opbrengst VROM
De geraamde baten van VROM volgen uit werkzaamheden die op het taakveld milieu worden uitgevoerd. De budgetten van de VROM-opdrachtgevers worden geraamd in de artikelen 1 en 13 van de VROM-begroting.

Opbrengst LNV
De geraamde baten van LNV zijn bedoeld om de natuurplanbureaufunctie uit te voeren. De daarmee gemoeide kosten worden jaarlijks bij LNV gedeclareerd op basis van een opdrachtbrief die LNV verstrekt.

Opbrengst overige ministeries
De geraamde baten zijn bedoeld om de door Verkeer & Waterstaat opgedragen werkzaamheden uit te voeren.

Opbrengst derden
De baten van derden zijn bedoeld om de werkzaamheden uit te voeren voor derden (waaronder de Europese Commissie, de WHO en provincies).

Rentebaten
Verondersteld is dat de opbrengsten van de ministeries per kwartaal vooruit worden ontvangen en daarom gedurende het kwartaal een rentevoordeel opleveren.

Lasten

Personele kosten
De personeelskosten zijn opgebouwd uit salariskosten en overige personeelskosten.

Tabel 3.3: Personeelskosten (bedragen x € 1 000)	
	Raming 2005
Salarissen	75 787
Overige personeelskosten	1 850
Totaal	77 637
Aantal fte's o.b.v. verwachte gemiddelde bezetting	1 400
Gemiddelde kosten per fte (in €)	55 455

In de personeelskosten is ook een bedrag van € 6,0 miljoen opgenomen voor inhuur, opleidingen en personeelsadvertenties.

Materiële kosten
Het bedrag voor de materiële lasten ad € 56,8 miljoen kan als volgt worden onderverdeeld:

- Laboratoriumkosten € 5,0 miljoen
- Directe onderzoekskosten € 10,6 miljoen
- Overige materiële kosten € 17,2 miljoen
- Huurkosten huisvesting € 24,0 miljoen

De stijging van de materiële kosten heeft betrekking op de huur- of soortgelijke kosten van de aanschaf van vaste activa voor zover deze niet met een beroep op de leenfaciliteit kunnen worden gefinancierd.

Rentelasten
De rentelasten worden veroorzaakt door vreemd vermogen aan te trekken via de leenfaciliteit om vaste activa aan te kunnen schaffen. Deze lasten zijn berekend op basis van de laatst bekende rentepercentages. Ook is rekening gehouden met de aflossingen op deze leenfaciliteit.

Afschrijvingskosten
De afschrijvingen zijn bepaald op basis van de afschrijvingstermijnen in onderstaande tabel.

Tabel 3.4: Afschrijvingen (bedragen x € 1 000)		
	Afschrijvings-termijn in jaren	2005
Software en licenties	3	423
Gebouwinstallaties en infrastructuur	5	621
Laboratoriumapparatuur	5	2 124
Vervoermiddelen	4	247
IT + audiovisuele apparatuur	3	1 025
Facilitaire apparatuur	3	48
Totaal		4 489

De afschrijvingskosten voor 2005 omvatten de kosten van afschrijvingen op per balansdatum opgenomen activa, alsmede de kosten van afschrijvingen op activa die in 2005 aangeschaft worden.

Tabel 3.5: Kasstroomoverzicht 2005 van de baten-lastendienst RIVM (bedragen x € 1000)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	Rekening-courant 1 januari		7	10 633	5 471	4 271	4 511	4 704
2	Totaal operationele kasstroom		14 971	– 672	2 480	2 468	1 607	1 570
	3a Totaal investeringen -/-		– 5 475	– 2 000	0	0	0	0
	3b Totaal boekwaarde desinvesteringen		0	0	0	0	0	0
3	Totaal investeringskasstroom		– 5 475	– 2 000	0	0	0	0
	4a Eenmalige uitkering aan moederdepartement -/-		– 9 393	0	0	0	0	0
	4b Eenmalige storting door moederdepartement		0	0	0	0	0	0
	4c Aflossing op leningen -/-		– 4 345	– 4 490	– 3 680	– 2 245	– 1 415	– 575
	4d Beroep op leenfaciliteit		14 868	2 000	0	0	0	0
4	Totaal financieringskasstroom		1 130	– 2 490	– 3 680	– 2 245	– 1 415	– 575
5	Rekening-courant 31 december		10 633	5 471	4 271	4 511	4 704	5 698

Toelichting op het kasstroomoverzicht

De totale operationele kasstroom ad € 0,7 miljoen negatief bestaat uit het exploitatieresultaat, de afschrijvingen en de mutaties van het bedrijfskapitaal. De investeringskasstroom bestaat uit de totale investeringen, waarvoor jaarlijks een beroep wordt gedaan op de leenfaciliteit. Voor 2005 is op dit moment € 2 miljoen gehonoreerd.
Daartegenover staat, als onderdeel van de financieringskasstroom, de aflossing op de initiële lening in het kader van de overname van de vaste activa. De aflossingen op de leningen zijn gebaseerd op de werkelijke afschrijvingskosten van activa die op 31 december 2002 nog aanwezig waren, plus de gemiddelde afschrijvingskosten van de activa die in 2003 en 2004 aangeschaft waren. Het aflossingsschema van de lening is gerelateerd aan de afschrijvingstermijn en aan de afschrijvingskosten die daarmee samenhangen. De geringe verschillen tussen de afschrijvingskosten en de aflossingsbedragen in de jaren 2006 t/m 2008 worden opgevangen binnen de jaarlijkse exploitatie.

Tabel 3.6: Aflossingsschema (bedragen x € 1000)

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
4c	Aflossing op leningen -/-	4 345	4 490	3 680	2 245	1 415	575
	Waarvan uhv overdracht vermogensbestanddelen	3 660	2 870	1 810	700	350	0
	Waarvan uhv nieuwe investeringen	685	1 620	1 870	1 545	1 065	575

Tabel 3.7: Overzicht vermogensontwikkeling van de baten-lastendienst RIVM (bedragen x € 1000)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	*Eigen vermogen per 1 januari*		0	0	0	0	0	0
2	Saldo van baten en lasten		0	0	0	0	0	0
3a	Uitkering aan moederdepartement		0	0	0	0	0	0
3b	Storting door moederdepartement		0	0	0	0	0	0
3c	Overige mutaties		0	0	0	0	0	0
3	Totaal directe mutaties in het eigen vermogen		0	0	0	0	0	0
4	*Eigen vermogen per 31 december (1+2+3)*		0	0	0	0	0	0

Verondersteld is dat op de openingsbalans met een nihil eigen vermogen wordt gestart.

4. Tijdelijke baten-lastendienst Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

4.1 Missie

Sinds 1 januari 2003 ressorteert het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) als tijdelijke baten-lastendienst onder onze verantwoordelijkheid. Per die datum is de sector vaccins van het RIVM (vaccinontwikkeling) overgegaan naar het NVI. Begin 2004 zijn ook de meeste medewerkers alsmede het merendeel van de activa en passiva van SVM (Stichting voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de loonproducent van de vaccins voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP)) overgegaan naar het NVI. Ons streven is dat het NVI per 1 januari 2006 definitief baten-lastendienst wordt, na toetsing van de voorbereidende activiteiten door de Toetsingscommissie Verzelfstandigingen, het kabinet en de Tweede Kamer. Aangezien het NVI aan een van de instellingsvoorwaarden nog niet voldoet, is de aanvankelijk beoogde datum van 1 januari 2005 niet haalbaar.

Het NVI heeft als missie: de Nederlandse bevolking beschermen tegen infectieziekten door vaccins te leveren voor vaccinatie onder normale en bijzondere omstandigheden.

4.2 Doelstellingen

Het NVI wil zich in de komende vijf à tien jaar binnen de vaccintaakketen verder ontwikkelen als een maatschappelijk betrokken onderzoeks- en productieorganisatie met een heldere en open bedrijfscultuur.

Uitbouwen van het RVP naar de NVV
Het NVI zal behalve vaccins leveren voor het RVP ook de vaccinvoorziening uitbouwen door vaccinvoorziening bij calamiteiten. De calamiteitenfunctie dient versterkt te worden. Daarbij zijn de volgende twee punten van belang: Europese samenwerking (conform het advies van de Gezondheidsraad) en publiek-private samenwerking.

Versterking (inter)nationaal netwerk
Het NVI streeft ernaar de samenwerking in de publieke sector te versterken om de beschikbaarheid van vaccins in de toekomst zo goed mogelijk te kunnen blijven garanderen. Ook streeft het NVI ernaar de samenwerking met vaccinproducenten te intensiveren, omdat vaccinontwikkeling te kostenintensief is voor Nederland alleen.

4.3 Taken

Het NVI heeft drie kerntaken:
1. Vaccins leveren voor de NVV (Nederlandse Vaccin Voorziening).
2. Onderzoek en ontwikkeling op het terrein van vaccins voor de NVV.
3. Actuele kennis voorhanden hebben over vaccins en vaccinatie om het moederdepartement professioneel te ondersteunen.

Het NVI kent een aantal activiteiten die aan de kerntaken gerelateerd zijn:
1. Dieren beschikbaar hebben voor dierproeven binnen NVI/RIVM.
2. Aan het RIVM diensten verlenen op het terrein van mediabereiding, sterilisatie en afvalverwerking.
3. Activiteiten op het gebied van ontwikkelingssamenwerking.
4. Activiteiten die voortvloeien uit benutting van de restcapaciteit die deel uitmaakt van de minimumcapaciteit.

4.4 Doelmatigheidsindicatoren

Een van de instellingsvoorwaarden voor baten-lastendiensten is dat zij vooraf aangeven hoe zij (en anderen) later kunnen beoordelen of men doelmatiger is gaan werken. Basisindicator is de kostprijs per product of dienst. In aanvulling hierop wordt een set van kwaliteitsindicatoren vastgesteld. Dit geldt ook voor NVI. Er is een aantal kwaliteits- en prestatie-indicatoren gedefinieerd waarover gerapporteerd wordt. Met deze indicatoren kan de doelmatigheid worden beoordeeld. Wij streven ernaar de resultaten van de nulmeting kenbaar te maken in de eerste suppletore begroting 2005.

Indicator voor efficiency is de kostprijs van de vaccins. De hoogte van de kostprijs wordt bepaald door de ontwikkeling van de productiekosten en door het aantal benodigde vaccins.
Indicator voor de ontwikkeling van de kwaliteit van de geleverde prestaties is het oordeel van de opdrachtgever over de uitvoering en de tijdigheid van projecten. De opdrachtgever geeft met de kwalificaties «goed», «voldoende» en «onvoldoende» een oordeel over de individuele projecten. Het oordeel van de opdrachtgever wordt op deze wijze iedere vier maanden vastgelegd, waardoor een trend is af te lezen.

Indicator voor de status van de infrastructuur is een zelfstandig oordeel van de commissie van toezicht. Voor de continuïteit van het NVI is het van groot belang dat de technische staat van de infrastructuur zodanig is dat de huidige en toekomstige producten volgens de geldende GMP-, arbo- en milieunormen worden vervaardigd. De commissie van toezicht brengt jaarlijks een verslag uit over de status van de infrastructuur.

4.5 Begroting van baten en lasten

Tabel 4.1: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2005 van de tijdelijke baten-lastendienst NVI (bedragen x € 1 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Baten							
Opbrengst moederdepartement	20 040	18 588	26 460	17 609	17 485	17 385	17 385
Opbrengst overige departementen							
Opbrengst derden	39 076	58 854	62 008	62 223	62 905	64 945	66 416
Totaal baten	59 116	77 442	88 468	79 832	80 290	82 330	83 801
Lasten							
Apparaatkosten							
– personele kosten	9 648	20 434	19 125	18 525	18 525	18 525	18 525
– materiële kosten	39 816	50 531	55 097	54 897	46 269	47 269	48 269
– huurkosten	6 000	7 020	8 180	8 180	8 180	7 930	7 930
Rentelasten	312	41	700	1 146	1 475	1 444	1 394
Afschrijvingskosten							
– materieel	513	4 616	5 366	5 384	5 841	7 162	7 683
– immaterieel							
Buitengewone lasten		2 000					
Totaal lasten	56 289	84 642	88 468	88 132	80 290	82 330	83 801
Saldo van baten en lasten	2 827	– 7 200	0	– 8 300	0	0	0

De realisatiecijfers 2003 zijn exclusief SVM. SVM was in 2003 een privaatrechtelijke stichting en maakte geen onderdeel uit van de VWS-begroting. Vanaf het jaar 2004 zijn in het overzicht van baten en lasten de opbrengsten en de kosten van de SVM opgenomen.
De begroting over het jaar 2004 wijkt af van de stand ontwerpbegroting.
De begroting voor het jaar 2005 geeft een overzicht van de baten en lasten NVI op het prijspeil van het jaar 2004. Deze begroting is doorgezet tot en met 2009, waarbij rekening is gehouden met een mutatie in de investeringen en de bijbehorende rentekosten en onderhoudskosten.

Eind april 2004 is besloten tijdelijk een combinatievaccin aan te kopen met een acellulaire kinkhoestcomponent (DaKTP-Hib). Dit vaccin moet begin 2005 ingevoerd worden in het RVP. De komende jaren blijft NVI een Nederlands combinatievaccin ontwikkelen met een acellulaire kinkhoestcomponent; naar verwachting zal dit in 2007 beschikbaar zijn. De extra (doorlopende vaste) kosten tot de invoering van het Nederlands combinatievaccin worden geraamd op € 8,3 miljoen per jaar. Dit verwachte verlies is in 2005 gedekt uit een eenmalige dotatie van het moederdepartement. Voor het jaar 2006 zijn er binnen het NVI voldoende liquide middelen aanwezig om de kosten te financieren en ten laste van het eigen vermogen te brengen. Daarnaast is er nog enige financieringsruimte om ook eventuele eenmalige kosten op te vangen en daarmee ten laste van het eigen vermogen van NVI te brengen (zie tabel 4.4 kasstroomoverzicht en tabel 4.5 eigen vermogen).

Baten

Opbrengst moederdepartement
De opbrengst van het moederdepartement wordt geraamd op artikel 21 van de VWS-begroting. Voor een toelichting wordt verwezen naar paragraaf 21.2.2. In 2005 beloopt de opbrengst van het moederdepartement naar verwachting circa € 26,5 miljoen. Daarbij is rekening gehouden met volume- en efficiencykortingen.
De opbrengst moederdepartement 2005 is eenmalig verhoogd met een bedrag van € 8,3 miljoen om de eenmalige extra kosten te dekken in verband met de aankoop van het DaKTP-Hib-vaccin.
Met het ministerie van Financiën is afgesproken dat de kostenstijging in verband met het wijzigen van het BTW-regime voor de SVM wordt gecompenseerd. Deze kostenstijging van € 3,0 miljoen is opgenomen onder opbrengst moederdepartement.

Opbrengst derden
Onder de opbrengst derden is € 40,1 miljoen opgenomen als inkomsten AWBZ. Dat zijn de vergoedingen die de provinciale entadministraties aan het NVI betalen voor de vaccins. Hiervan is € 9,1 miljoen opgenomen om de griepcampagne uit te voeren. De post opbrengst derden omvat in 2005 verder € 8,3 miljoen aan export, € 4,0 miljoen aan eigen producten, € 3,5 miljoen aan aangekochte producten, € 5,7 miljoen aan projecten NVI en € 0,4 miljoen aan omzet van de afdelingen sterilisatie en mediabereiding.

Lasten

Personele kosten
De personele kosten bestaan voor € 18,0 miljoen uit loonkosten. Daarnaast is € 0,7 miljoen opgenomen voor inhuur, € 0,2 miljoen voor

dienstreizen en € 0,2 miljoen voor opleidingen. De daling van de personele kosten in 2005 en 2006 is taakstellend, omdat de omzet en het resultaat achterblijven.

Materiële kosten
Het bedrag voor de materiële lasten ad € 55,1 miljoen kan als volgt worden onderverdeeld:

Tabel 4.2: Materiële kosten (bedragen x € 1000)

	2005
Onderhoudskosten	5 325
Productiekosten	5 668
Energiekosten	4 231
Algemene kosten	3 206
Advies/verkoopkosten/royalty's	3 155
Kosten inhuur RIVM	2 686
Aangekocht product	30 826
Totaal	55 097

De materiële kosten dalen in 2007, doordat de tijdelijke aanschaf van DaKTP-Hib komt te vervallen. De stijging na 2007 wordt veroorzaakt door de verwachte hogere onderhoudskosten in verband met de investeringen (zie toelichting onder afschrijvingskosten).

Huurkosten
De huur van de gebouwen wordt geraamd op € 8,2 miljoen. In deze raming is huur van de «pilot plant» opgenomen voor € 1,0 miljoen. Twee gebouwen moeten nog worden overgedragen aan de RGD, die hiervoor huur in rekening zal brengen. Uitgangspunt is dat de huurkosten gelijk zijn aan de afschrijvingskosten, waarmee de overdracht budgetneutraal plaats zal vinden.

Rentelasten
De rentelasten worden geraamd op € 0,7 miljoen. De rente heeft betrekking op de kosten van de leenfaciliteit.

Afschrijvingskosten
De investeringen en de afschrijvingskosten zijn opgenomen in tabel 3. De meeste investeringen zijn opgenomen onder inventaris/installaties. Een aantal grote posten wordt toegelicht. Het herinrichten van de Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) start in 2004 en is begroot op € 5,6 miljoen, de verwachte ingebruikname is in 2007. De aanpassingen aan de kop van gebouw G7 in verband met het verplaatsen van de afvullijn en de verhuizing van de meng- en afvulactiviteiten zijn begroot op € 8,1 miljoen, van 2005 tot en met 2007. Het opzetten en aanpassen van een productiefaciliteit voor het meningokokken-B-vaccin leidt tot een geschatte investering van € 10,4 miljoen.

Door de hoge investeringen blijven de afschrijvingskosten stijgen. De investering in de kop van G7 en de bijbehorende verhuizing van de meng- en afvulactiviteiten leiden tot een besparing. Op dit moment worden deze activiteiten namelijk in een ander gebouw uitgevoerd, zodat door de verhuizing verwacht wordt dat de huurkosten vanaf 2008 met € 0,25 miljoen dalen.

Tabel 4.3: Investeringen en afschrijvingskosten (bedragen x € 1000)							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verbouwingen	0	325	250	0	0	0	0
Inventaris/installaties	396	5 750	9 690	13 270	11 935	4 350	4 250
Hardware/software	0	1 070	650	650	650	650	750
Totaal	396	7 145	10 590	13 920	12 585	5 000	5 000
Afschrijvingskosten	513	4 616	5 366	5 384	5 841	7 162	7 683

De realisatiecijfers 2003 zijn exclusief SVM (zie toelichting onder tabel 4.1).

Tabel 4.4: Kasstroomoverzicht 2005 van de tijdelijke baten-lastendienst NVI (bedragen x € 1000)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	Rekening-courant 1 januari (incl. deposito)	0	326	9 519	8 125	32	983	2 555
2	Totaal operationele kasstroom	722	9 725	366	– 4 816	5 641	7 162	7 683
3	Totaal investeringskasstroom	396	7 145	10 590	13 920	12 585	5 000	5 000
	3a –/– Totaal investeringen	396	7 145	10 590	13 920	12 585	5 000	5 000
	3b + Totaal boekwaarde desinvesteringen	0	0	0	0	0	0	0
4	Totaal financieringskasstroom	0	6 613	8 830	10 643	7 895	– 590	– 1 111
	4a –/– Eenmalige uitkering aan moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
	4b + Eenmalige storting door moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
	4c –/– Aflossing op leningen	0	532	1 760	3 277	4 690	5 590	6 111
	4d + Beroep op leningsfaciliteit	0	7 145	10 590	13 920	12 585	5 000	5 000
5	Rekening-courant 31 december (incl. deposito)	326	9 519	8 125	32	983	2 555	4 127

De realisatiecijfers 2003 zijn exclusief SVM (zie toelichting onder tabel 4.1). In bovenstaande tabel (tabel 4.4) is rekening gehouden met de liquide middelen van SVM, en het voorziene verlies over het jaar 2004, zoals weergegeven in tabel 4.1. Voor het jaar 2006 is bij de berekening van de operationele kasstroom rekening gehouden met een exploitatieverlies als gevolg van de extra kosten voor de aankoop DaKTP/Hib-vaccin.

Tabel 4.5: Overzicht vermogensontwikkeling van de tijdelijke baten-lastendienst NVI (bedragen x € 1000)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	*Eigen vermogen per 1 januari*	7 796	10 623	26 730	26 730	18 430	18 430	18 430
2	Saldo van baten en lasten	2 827	– 7 200	0	– 8 300	0	0	0
3a	Uitkering aan moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
3b	Storting door moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
3c	Overige mutaties	0	23 307	0	0	0	0	0
3	Totaal directe mutaties in eigen vermogen	0	0	0	0	0	0	0
4	*Eigen vermogen per 31 december*	10 623	26 730	26 730	18 430	18 430	18 430	18 430

De realisatiecijfers 2003 zijn exclusief SVM (zie toelichting onder tabel 4.1). In 2004 is het eigen vermogen van de SVM conform de geschatte overdrachtsbalans ingebracht. Het voorziene resultaat over het jaar 2004 is in tabel 4.5 opgenomen. De inbreng van het eigen vermogen van de SVM is verantwoord onder overige mutaties. Over de afbouw van het eigen vermogen moeten nog nadere afspraken worden gemaakt. Aandachtspunt daarbij is een mogelijke voorziening voor pensioenaanspraken van voormalige medewerkers van SVM.

In de komende periode zal over de financieringsstructuur voor het NVI als productie-onderneming meer duidelijkheid moeten ontstaan. Als dat nodig is, zal het moederdepartement aan het NVI (met toestemming van de Minister van Financiën) een lening verstrekken om het werkkapitaal te financieren.

BEDRIJFSVOERINGPARAGRAAF

Inleiding

Hoe beter de bedrijfsvoering, des te efficiënter en doelgerichter het ministerie kan werken. Vanaf eind 2003 loopt een aantal acties om de bedrijfsvoering beter te richten op het primaire proces en om de samenhang tussen de onderscheiden bedrijfsvoeringsactiviteiten te vergroten. De acties bewegen zich op het terrein van management & sturing, personeelsbeleid & organisatieontwikkeling, informatievoorziening & ICT, interdepartementale samenwerking en interne werkprocessen. Activiteiten uit het Programma Andere Overheid (PAO) zijn in de aanpak geïntegreerd.

In deze bedrijfsvoeringparagraaf wordt ingegaan op die onderwerpen die in 2005 specifiek aan de orde zijn. Het betreft nadrukkelijk een uitzonderingsrapportage. Over deze onderwerpen zal in het jaarverslag 2005 verantwoording worden afgelegd.

1. Sturing

a. Planningcyclus

– Prioritering binnen VWS

De grote verandertrajecten op het terrein van VWS, zoals de introductie van de Zorgverzekeringwet, de DBC's, de WMO en de modernisering van de AWBZ dwingen VWS tot prioritering bij de inzet van mensen en middelen. Daarnaast moet VWS keuzes maken als gevolg van de taakstellingen die bij het Strategisch Akkoord (Balkenende I) en het Hoofdlijnenakkoord (Balkenende II) zijn vastgesteld.
Het maken van keuzes komt onder meer op de volgende wijze tot uiting:

- Het opstellen van een werkprogramma voor 2004–2007. Dit programma is een document van bewindslieden en ambtelijke leiding en een vertaling van het hoofdlijnenakkoord en de beleidsagenda 2004.
- Bij de invulling van de personele taakstellingen en de subsidietaakstelling zijn prioriteiten en posterioriteiten gesteld.

– Verhouding planning en control

VWS start met ingang van 2005 voor de interne planning- en controlcyclus over van directiejaarplannen op managementcontracten tussen directies en ambtelijke leiding. Op deze wijze zal er vooral beter gestuurd kunnen worden op prioritaire beleidsdossiers, verminderen van de administratieve lasten voor directies en kunnen de managers de inzet van directies nauwkeuriger richten op de Beleidsagenda/begroting.

b. Organisatie

– Herijking managementconcept

Momenteel wordt gewerkt aan een herijking van de sturingsfilosofie en de daarbij behorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het management.

– Invulling taakstellingen

In 2005 zal de verdere realisatie van de opgelegde taakstellingen efficiency, volume en de inhuur van externen conform de vastgestelde planning worden voortgezet. Bij de invulling van de taakstellingen uit het Strategisch Akkoord was beleidsdruk het uitgangspunt en bij de invulling van de taakstellingen uit het Hoofdlijnenakkoord is er voor gekozen het

primaire proces zoveel mogelijk te ontzien. In de bedrijfsvoering moeten het stroomlijnen van processen en het wegnemen van overlap leiden tot een reductie van het personeelsbestand.

– Zelf doen versus uitbesteden

VWS huurt externen veelal om twee redenen in: een gebrek aan beschikbare personele capaciteit of een gebrek aan deskundigheid. Om beter zicht te krijgen op de achterliggende criteria van uitbesteden en te komen tot een beter onderbouwde keuze is in 2003 het Bureau Inhuur Externen opgericht. De resultaten hiervan worden in 2005 zichtbaar. De Audit Dienst (AD) zal een audit op de werking en het resultaat van het bureau uitvoeren.

2. Beheersing

a. Financieel beheer

– Verankering van het nieuwe subsidiebeleid

In 2003 en 2004 heeft VWS aan de Tweede Kamer zijn nieuwe subsidiebeleid uiteengezet. In dit subsidiebeleid staan bundeling van subsidies en vermindering van het aantal subsidierelaties centraal. Dit gaat gepaard met een versterking van het subsidieverlenerschap door bundeling van expertise en een scheiding van beleid en uitvoering. De uitvoering vindt deels binnen het departement plaats en waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van de expertise van intermediairs. Stroomlijning van het subsidieproces en een verscherpte voortgangsbewaking dienen de rechtmatige uitvoering van het proces binnen VWS te bevorderen.

– Contractbeheer (opdrachtverlening)

Om de naleving van de procedures bij opdrachtverstrekking te verbeteren is tijdens het Audit Committee van juni 2004 besloten en pilot te starten, waarbij de centrale coördinatie aanschaffingen en het Bureau Inhuur Externen zullen worden ondergebracht bij de directie Financieel en Personeel Beheer als eenheid inkopen. Het jaar 2005 zal worden benut om met deze eenheid ervaring op te doen.

b. VBTB

Voor 2004 is voor VBTB een aantal ambities geformuleerd. De hoofdlijn voor 2004 is om VBTB in bestaande processen verder te verbeteren/optimaliseren en niet te verbreden naar geheel nieuwe onderwerpen/processen. Deze lijn zal in 2005 worden voortgezet.
Enkele belangrijke VBTB-ambities betreffen:

- Verder verbeteren/concretiseren van beleidseffecten Dit moet leiden tot meer en betere prestatie-indicatoren. Daarbij wordt ingezet op de artikelen 22 (curatieve zorg), 25 (modernisering AWBZ) en artikel 31 (zorgverzekeringen). De resultaten hiervan zullen in de komende begrotingen worden opgenomen. Voor het artikel Curatieve zorg worden in dit kader indicatoren geselecteerd voor de tweede lijnszorg op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De inzet is om deze indicatoren in de begroting van 2006 op te nemen. Voor het artikel 30 en 31 zijn de doelstellingen aangepast. In het najaar van 2004 zullen de artikelen 25 en artikel 33 (Jeugdbeleid) ter hand worden genomen.
- Integratie van het jaarverslag/jaarbeeld zorg en van de suppletore wetten/voor- en najaarsbrief Zorg. In lijn met de integratie van de begroting/zorgnota in de begroting 2004 is de eerste suppletore wet

2004 geïntegreerd met de voorjaarsbrief Zorg. De tweede suppletore wet 2004 zal geïntegreerd worden met de najaarsbrief Zorg. In 2005 zal over het begrotingsjaar 2004 voor de eerste keer een geïntegreerd jaarverslag/jaarbeeld zorg verschijnen.
- Balanced Scorecard (BSC) In 2005 wordt verder gewerkt aan de ontwikkeling van een set van prestatie-indicatoren voor de zorg als onderdeel van een Balanced Scorecard. Op termijn zal op basis van deze BSC een samenvattend beeld van de zorgsector als geheel gegeven worden. Het advies van de Raad voor de Zorg (RVZ) «De Staat van het Stelsel» hierop, wordt hierbij meegenomen.

c. SSC HRM

Vanaf 1 januari 2005 gaat VWS in het kader van het Shared Service Center (SSC) HRM (P-direkt) met haar personeels- en salarisadministratie over naar SAP Payroll en SAP HR (thans worden daarvoor IPA en P/view gebruikt). Hiermee bevindt VWS zich in de kopgroep van departementen met betrekking tot de overgang naar het SSC. Een conversie als deze brengt natuurlijk extra risico's met zich mee. Om deze risico's te ondervangen en te minimaliseren, heeft VWS de volgende maatregelen getroffen:
- Er wordt intensief samengewerkt met het ministerie van SZW, de kwartiermakersorganisatie P-Direkt, en het beoogde consortium (LogicaCMG) op basis van een gedetailleerde fit-gap analyse en migratieplan;
- Er zal gebruik worden gemaakt van al bestaande en ingeregelde versies van SAP;
- Er zal sprake zijn van schaduwdraaien gedurende enkele maanden.

Financieel Beeld Zorg

1. Inleiding

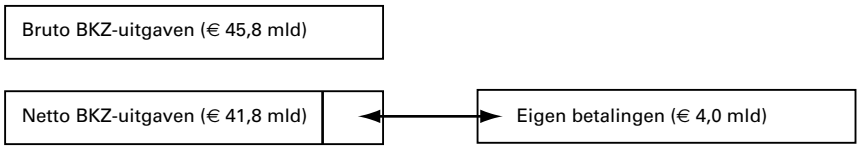
Op verschillende beleidsartikelen is sprake van premiegefinancierde uitgaven. Voor deze uitgaven geldt een ander uitgavenplafond dan voor de begrotingsuitgaven, namelijk het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Daarom is het van belang deze premie-uitgaven afzonderlijk te presenteren en samenhang en totaliteit te bezien.
Paragraaf 2 gaat in op het BKZ, de uitgavenbegrippen en de marges van de opgenomen cijfers. In paragraaf 3 komt de omvang van de premie-uitgaven die in deze begroting zijn opgenomen aan de orde. Deze wordt vergeleken met de uitgaventotalen in de begroting 2004 en met het Budgettair Kader Zorg. Verder worden de mee- en tegenvallers en de financiële gevolgen van de maatregelen die door het kabinet zijn genomen (intensiveringen en kostenbeperkingen) in deze paragraaf besproken. Een bijzonder deel van de uitgaven wordt vervolgens afzonderlijk behandeld, de exploitatiegevolgen van bouw. Paragraaf 4 toont de financiering van de uitgaven en in paragraaf 5 wordt de ontwikkeling van de premies (AWBZ en ZFW) gepresenteerd en toegelicht. Ten slotte plaatst paragraaf 6 de zorguitgaven in internationaal perspectief en licht ze toe hoe de zorguitgaven in Nederland zich verhouden tot de zorguitgaven in andere OESO-landen.

2. BKZ, uitgavenbegrippen en marges van de opgenomen cijfers

2.1. BKZ en uitgavenbegrippen

Het kabinet heeft in het Hoofdlijnenakkoord afspraken vastgelegd over de budgettaire ruimte die in de jaren tot en met 2007 beschikbaar is voor de financiering van zorguitgaven. Deze afspraken hebben geleid tot het vaststellen van een uitgavenplafond voor de komende kabinetsperiode, het nieuwe Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het uitgavenplafond dat in het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken is weergegeven in reële termen. Daarbij is de afspraak gemaakt dat het BKZ ieder jaar voor inflatie wordt aangepast op basis van de prijsontwikkeling Nationale Bestedingen (pNB). Ieder voorjaar wordt deze prijsaanpassing voor het dan lopende jaar definitief vastgesteld.
Voor de zorguitgaven worden verschillende uitgavenbegrippen gehanteerd. De zogenoemde bruto BKZ-uitgaven zijn de totale uitgaven die worden gefinancierd via opbrengsten uit premieheffing (AWBZ, ZFW en particuliere verzekeringen), rijksbijdragen en eigen betalingen van patiënten.
De zorguitgaven die aan het bovengenoemde budgettaire kader getoetst worden, zijn echter de netto BKZ-uitgaven, dat wil zeggen de bruto BKZ-uitgaven verminderd met het gedeelte dat niet gefinancierd wordt uit collectieve lasten of particuliere premies maar door eigen betalingen van patiënten.
Figuur 1 geeft de relatie tussen deze twee uitgavenbegrippen en de bijbehorende (afgeronde) bedragen voor het jaar 2005.

Figuur 1 – De relatie tussen bruto en netto BKZ-uitgaven



Bron: VWS

2.2. Marges van de opgenomen cijfers

De invloed van het kabinet op de omvang van de zorguitgaven is veel indirecter dan bij de meeste begrotingsuitgaven. In de zorg gaat het immers om patiënten en cliënten die op basis van criteria geïndiceerd worden voor een vorm van zorg en die zorg vervolgens kunnen krijgen van een zorgaanbieder. Traditioneel verloopt de invloed van de overheid op de zorguitgaven grotendeels via de budgettering van de instellingen. Sinds het Actieplan Zorg Verzekerd (2000) is die invloed veranderd. Weliswaar worden sindsdien nog steeds budgetten vastgesteld, maar daarbij gold steeds dat voorzover instellingen extra productie wilden leveren (en ook daadwerkelijk leverden) om wachtlijsten aan te pakken, hiervoor het budget verhoogd kon worden. Instellingen konden hierdoor hun productie zo ver opvoeren als de vraag groot was of tot de grenzen van de capaciteit (arbeid, gebouwen) bereikt werden. Vooral de extramurale zorg realiseerde een hoge groei. Deze zorg is ook het meest eenvoudig uit te breiden. De totale productie bleek sterker te groeien dan vooraf op basis van de omvang van de wachtlijsten, de bevolkingsgroei en vergrijzing verwacht kon worden. Kennelijk was er aan de vraagkant een omvangrijke latente vraag. Deze latente vraag was en is moeilijk voorspelbaar.
De zorgcijfers die het kabinet op Prinsjesdag presenteert, moeten niet gezien worden als louter ramingen, maar als het bedrag dat het kabinet steeds bereid is voor de zorg te bestemmen. Als de werkelijke ontwikkeling van de productie de uitgaven laat stijgen boven niveaus die door het kabinet als acceptabel worden beschouwd, moeten maatregelen ter compensatie worden genomen. In de afgelopen periode heeft dit geleid tot pakketmaatregelen en diverse andere maatregelen.
Toen het er in het voorjaar van 2004 op leek dat voor 2004 wederom (vooral) door een grote stijging van de productieafspraken de uitgaven boven de beschikbare ruimte uit zouden komen, werd een meer structurele oplossing gezocht. Om beheersing van de groei te bereiken zijn in convenanten afspraken gemaakt met de aanbieders over de aanwending van de beschikbare groei. Hierdoor is de onzekerheid over de uitkomst van de opgenomen uitgavencijfers beduidend afgenomen ten opzichte van de vorige periode.
Aan de kant van de opbrengst van de eigen betalingen blijft met name bij de AWBZ meer onzekerheid bestaan. De opbrengst van de no-claimregeling in de cure in 2005 is vooral afhankelijk van de verdeling van de zorgproductie over de verzekerden. Deze is redelijk goed in te schatten op basis van bestaande onderzoeksresultaten. De opbrengst van de eigen betalingen AWBZ is afhankelijk van de mate van extramuralisering en van de samenstelling van de groep patiënten en cliënten. In de laatste jaren zijn deze factoren sterk veranderd.

3. De premiegefinancierde uitgaven

3.1. Uitgavenontwikkeling na de begroting 2004

De aanpak van de wachtlijsten in de zorg heeft de afgelopen jaren tot flinke extra uitgaven geleid. De VWS-begroting voor 2004 hield in de meerjarenramingen rekening met het verder stijgen van de zorgproductie. De afrekening over 2003 liet echter zien dat de netto BKZ-uitgaven zowel in de care als in de cure nog sneller groeiden. Daarnaast zijn diverse andere tegenvallers gebleken. Dit heeft ertoe geleid dat bij Voorjaarsnota de netto BKZ-uitgaven voor 2005 bijna € 1 miljard hoger lagen dan het BKZ. Tabel 1 illustreert dit.
In tabel 1 is verder te zien dat het Budgettair Kader Zorg voor het jaar 2005 sinds het Hoofdlijnenakkoord is aangepast. Daarbij gaat het vooral om aanpassingen op de oorspronkelijk geraamde prijsontwikkeling Nationale Bestedingen (pNB). Daarnaast zijn er diverse overboekingen geweest tussen het premiegefinancierde deel van de VWS-begroting en het begrotingsgefinancierde deel van de VWS-begroting of andere begrotingen. In totaal komt het BKZ voor 2005 in deze begroting € 426 miljoen lager uit dan in het Hoofdlijnenakkoord.
De overschrijding in de begroting 2004 is voornamelijk het gevolg van het saldo van de nominale mutaties in de uitgaven en de beperkte nominale aanpassing van het BKZ op basis van de pNB. In de Voorjaarsnota zijn de nominale uitgaven sterk naar beneden bijgesteld, evenals het BKZ. Opnieuw leidde dit tot een tegenvaller, nu zo'n € 50 miljoen. Het grootste deel van de totale overschrijding van € 959 miljoen overschrijding betrof echter een volumeoverschrijding.

Tabel 1 – Ontwikkeling Budgettair Kader Zorg 2005

bedragen in € miljoen	BKZ	Netto BKZ-uitgaven	Overschrijding
Stand Hoofdlijnenakkoord	42 158	42 158	0
Stand Begroting 2004	42 144	42 254	110
Stand Voorjaarsnota 2004	41 580	42 539	959
Stand Begroting 2005	41 732	41 778	45

Bron: VWS

Tabel 2 laat zien hoe de netto BKZ-uitgaven in 2004 tot en met 2007 veranderd zijn sinds de begroting 2004. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen de mutaties die al in de Voorjaarsnota vermeld waren en de mutaties die nieuw zijn.

Tabel 2 – Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven in de jaren 2004 t/m 2007

bedragen in € miljoen	2004	2005	2006	2007
Stand ontwerp-begroting 2004	41 219,9	42 253,7	44 744,4	47 316,9
Uitgaven (bruto BKZ)	*44 089,5*	*46 303,9*	*48 867,0*	*51 515,3*
Ontvangsten	*2 869,6*	*4 050,2*	*4 122,6*	*4 198,4*
Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers	**828,6**	**773,6**	**773,6**	**773,6**
Doorwerking afrekening 2003	334,0	299,0	299,0	299,0
Extra productie bij ongewijzigd beleid	468,2	468,2	468,2	468,2
Bovenbudgettaire vergoedingen[1]	49,4	49,4	49,4	49,4
Besparingsverlies taakstelling administratieve lasten (De Beer)	17,0	17,0	17,0	17,0
Ramingsbijstelling maatregel fysiotherapie uit pakket	– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0
Vertraging maatregel overig ziekenvervoer	20,0			
Eigen betalingen AWBZ	40,0	40,0	40,0	40,0
Maatregelen	**– 145,0**	**– 395,0**	**– 395,0**	**– 395,0**
Beheerste groei AWBZ 2004	– 340,0	– 340,0	– 340,0	– 340,0
Zorgvernieuwing ouderenzorg	40,0			
Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer	15,0	26,0	26,0	26,0
Vervallen medicijnknaak	210,0	210,0	210,0	210,0
Meeropbrengst no-claimregeling	0,0	– 210,0	– 210,0	– 210,0
Zelfzorggeneesmiddelen	– 55,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0
Schrappen vergoeding sterilisatie	– 15,0	– 26,0	– 26,0	– 26,0
Technische en macro-economische mutaties	**98,5**	**– 92,9**	**36,4**	**38,9**
Aanpassing loon- en prijsbijstelling	25,4	25,4	25,4	25,4
Financieringsontwikkeling	111,9	– 128,1		
Overboekingen	– 31,3	– 1,3	– 1,3	– 1,4
Diversen	– 7,5	11,1	12,3	14,9
Stand Voorjaarsnota 2004	**42 002,0**	**42 539,4**	**45 159,4**	**47 734,4**
wv uitgaven (bruto BKZ)	*44 621,6*	*46 549,7*	*49 242,0*	*51 892,8*
wv ontvangsten	*2 619,6*	*4 010,2*	*4 082,6*	*4 158,4*
Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers	**225,0**	**256,8**	**294,4**	**331,2**
Doorwerking afrekening 2003	75,4	75,4	75,4	75,4
Besparingsverlies taakstelling administratieve lasten (De Beer)		9,0	9,0	9,0
Eigen betalingen AWBZ	149,6	172,4	210,0	246,8
Overige maatregelen	**157,5**	**– 610,0**	**– 716,5**	**– 608,9**
Beheerste groei AWBZ 2004	134,0	134,0	134,0	134,0
Aanpak gebruik AWBZ-zorg zonder geldige indicatie	– 6,5	– 25,0	– 15,0	– 10,0
Beheerste groei AWBZ 2005		– 284,0	– 400,5	– 287,9
Beheerste groei ziekenhuizen		– 240,0	– 240,0	– 240,0
Pakketmaatregelen 2005		– 70,0	– 70,0	– 70,0
Vertraging maatregel overig ziekenvervoer	30,0			
Meeropbrengst no-claimregeling		– 150,0	– 150,0	– 150,0
Specifiek beleid chronisch zieken		25,0	25,0	25,0
Technische en macro-economische mutaties	**115,0**	**– 408,3**	**– 635,2**	**– 822,5**
Aanpassing loon-prijsbijstelling	36,1	– 422,9	– 618,5	– 804,3
Financieringsontwikkeling	99,8	34,7		
Overboekingen	– 20,8	– 33,1	– 54,7	– 50,8
Diversen		13,0	38,0	32,5
Stand ontwerp-begroting 2005	**42 499,6**	**41 777,9**	**44 102,2**	**46 644,1**
wv uitgaven (bruto BKZ)	*44 977,0*	*45 800,7*	*48 159,7*	*50 740,7*
wv ontvangsten	*2 477,4*	*4 022,8*	*4 057,6*	*4 096,6*

Bron: VWS

[1] Betalingen aan instellingen voor zaken die niet in het budget van de instelling zijn opgenomen. Het betreft vooral specifiek aangepaste hulpmiddelen zoals rolstoelen.

Naast de eerder vermelde tegenvallers in de productie en de extra productie bij ongewijzigd beleid (die daarvan is afgeleid) vallen enkele andere mee- en tegenvallers op.

In de care traden na de begroting 2004 ook tegenvallers op bij de bovenbudgettaire vergoedingen en bij de omvang van de eigen betalingen. De curatieve zorg had te maken met verdere tegenvallers vanwege minder besparingen dan was afgesproken voor administratieve lasten (maatregelen commissie De Beer) en het later invoeren van de maatregel voor het overig ziekenvervoer. Een meevaller was dat de raming van de opbrengst voor de maatregel schrappen fysiotherapie uit het pakket met € 100 miljoen kon worden verhoogd.

Het kabinet kiest voor een beheerste groei van de AWBZ. Aanbieders van AWBZ-zorg en zorgkantoren mogen in 2004 in principe geen aanvullende productieafspraken maken boven het niveau van de per 1 maart 2004 reeds goedgekeurde productieafspraken. Hiervan kan alleen in bijzondere situaties worden afgeweken. Voor 2005 en de jaren daarna houden wij vast aan beheersing van de uitgaven, maar bieden wij tegelijkertijd ruimte voor demografische groei en het oplossen van specifieke knelpunten. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door binnen het beschikbare budget voor de AWBZ-zorg vanaf 2005 extra productie te realiseren.
De maatregel voor het beperken van het zittend ziekenvervoer is mede op verzoek van de Tweede Kamer aangepast en de voorziene eigen bijdrage voor geneesmiddelen (medicijnknaak) is geschrapt. Wij hebben dit financieel gecompenseerd door de vergoeding van sterilisatie te schrappen uit het pakket, de meeropbrengst van de no-claimregeling in te boeken en het resterende deel van de zelfzorggeneesmiddelen uit het pakket te halen.
De hogere uitgaven in de ziekenhuizen worden bestreden door in convenanten met de algemene ziekenhuizen en met de academische ziekenhuizen af te spreken om de prijs per eenheid product te verlagen. Daarnaast schrappen wij in 2005 opnieuw enkele zaken uit het verzekerde pakket en verhogen wij de opbrengst van de no-claimregeling.
Het kabinet zet € 25 miljoen in voor chronische zieken in de zorg. Dit bedrag zal onder andere worden ingezet om een aantal clusters van zelfzorggeneesmiddelen weer terug te brengen in het pakket en om de maatregel zittend ziekenvervoer te verzachten.

Ten slotte bevat de tabel nog diverse technische en macro-economische wijzigingen. Deze mutaties verlagen de BKZ-uitgaven, maar daar staat tegenover dat ook het Budgettair Kader Zorg zelf wordt verlaagd.
De meest omvangrijke bijstelling is het gevolg van de macro-economische ontwikkelingen. De lagere loon- en prijsramingen van het Centraal Planbureau verlagen ook in de BKZ-uitgaven de beschikbare ruimte voor loon- en prijsbijstelling. De financieringsontwikkeling gaat over bijstellingen op de geraamde bedragen die nodig zijn om achterstanden in de financiering van de budgetten uit het verleden in te halen. Het bedrag bij overboekingen gaat over het saldo van overboekingen tussen het premiegefinancierde deel van de VWS-begroting en het begrotingsgefinancierde deel van de VWS-begroting of andere begrotingen.

Tabel 3 geeft een overzicht van de maatregelen die het kabinet heeft genomen vanaf de opstelling van het Hoofdlijnenakkoord.

Tabel 3 – Maatregelen sinds Hoofdlijnenakkoord

bedragen in € miljoen	2004	2005	2006	2007
a. Beperking ziekenfondspakket				
1 Overig ziekenvervoer	10	39	39	39
2 Fysio- en oefentherapie	475	525	525	525
3 Tandheelkundige zorg volwassenen	200	200	200	200
4 1e IVF-behandeling	30	30	30	30
5 Anticonceptie boven 21 jaar	70	70	70	70
6 Zelfzorggeneesmiddelen	115	115	115	115
7 Sterilisatie	15	26	26	26
8 Maatregelen 2005		70	70	70
Saldo beperking ziekenfondspakket	**915**	**1 075**	**1 075**	**1 075**
b. Maatregelen AWBZ				
1 Beperking aantal behandelingen psychotherapie	74	79	79	79
2 Schrappen zorgvernieuwing bij thuiszorginstellingen en verpleeghuizen	70	70	70	70
3 Schrappen niet aan productie gerelateerde middelen voor thuiszorg-instellingen	100	100	100	100
4 Eigen betalingen intra- en extramuraal	180	180	180	180
5. Aanpak gebruik AWBZ-zorg zonder geldige indicatie	7	25	15	10
Saldo maatregelen AWBZ	**431**	**454**	**444**	**439**
c. Overige maatregelen				
1 Prijsmaatregel geneesmiddelen (convenant)	432	495	495	495
2 Convenant ziekenhuizen		240	240	240
3 Beheerste groei AWBZ	206	490	607	494
4 No-claimregeling		1 460	1 460	1 460
5 Terugdringen ziekteverzuim (0,14% 2005, daarna 0,21%)	17	35	52	70
Saldo overige maatregelen	**655**	**2 720**	**2 854**	**2 759**

Bron: VWS

Zie voor een nadere toelichting op deze pakketmaatregelen de toelichting bij de desbetreffende beleidsartikelen en de verdiepingsbijlage.

3.2. Bouw

Algemeen
De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) reguleert de planning en bouw in de intramurale gezondheidszorg. Deze wet regelt zowel uitbreidingsbouw (ook volumebouw genoemd) als instandhoudingsbouw (ook wel nominaal bouw genoemd). De wet kent vergunningenprocedures voor uitbreidings- en instandhoudingsbouw en een meldingsprocedure voor (minder omvangrijke) instandhoudingsbouw. Het belangrijkste uitvoeringsorgaan van het beleid is het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ).

Uitbreidingsbouw

De vergunningsplichtige uitbreidingsbouw
De uitbreidingsbouw maakt deel uit van de totale groeiruimte van een sector en vindt plaats om extra productie te kunnen realiseren.
In tabel 4 zijn de exploitatiegevolgen van het actuele bouwprogramma voor de uitbreidingsbouw weergegeven ten opzichte van het jaar 2003.

Tabel 4 – Raming exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige uitbreidingsbouw (cumulatief), prijspeil 31 december 2003

bedragen in € miljoen	2004	2005	2006	2007	2008
sector					
ziekenhuizen 1)	3,8	25,6	34,6	44,4	46,2
verpleeghuizen 2)	26,5	30,8	34,0	34,0	34,0
geestelijke gezondheidszorg	22,4	40,4	83,7	110,2	93,7
gehandicaptenzorg 3)	5,5	5,5	10,6	10,6	10,6
Totaal	**58,2**	**102,3**	**162,9**	**199,2**	**184,5**

1) excl. academische ziekenhuizen 2) excl. verzorgingshuizen 3) incl. gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven.
Bron: VWS

Instandhoudingsbouw
De instandhoudingsbouw bestaat uit twee groepen: WZV-vergunningenbouw en meldingen.
Binnen de meldingen maken we onderscheid tussen jaarlijkse instandhoudingsinvesteringen (onderhoud) en incidentele instandhoudingsinvesteringen (renovatie). Voor de jaarlijkse instandhoudingsinvesteringen ontvangen de instellingen elk jaar een vast bedrag in het budget.
Voor de incidentele instandhoudinginvesteringen bouwen de instellingen trekkingsrechten op. Op het moment dat een instelling instandhoudingsinvesteringen daadwerkelijk realiseert, wordt het investeringsbedrag van de trekkingsrechten afgeboekt en worden de bijbehorende exploitatielasten aan het budget van de instelling toegevoegd.
Voor de exploitatielasten van de WZV-vergunningenbouw wordt per project een raming gemaakt van de exploitatielasten. Ook wordt rekening gehouden met de trekkingsrechten die bij een instelling aanwezig zijn en die bij het vergunningsplichtige project dienen te worden ingebracht. Het totaal van de exploitatielasten van het bouwprogramma moet passen binnen het financiële macrokader.

De vergunningsplichtige instandhoudingsbouw
De exploitatiegevolgen van het actuele bouwprogramma voor instandhoudingsbouw ten opzichte van het jaar 2003 zijn weergegeven in tabel 5.
Bij deze raming zijn de door de instelling in te brengen trekkingsrechten al op de exploitatielasten niet in mindering gebracht.

Tabel 5 – Raming exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (cumulatief), prijspeil 31 december 2003

bedragen in € miljoen	2004	2005	2006	2007	2008
sector					
ziekenhuizen 1)	35,4	62,5	101,7	178,6	241,2
verpleeghuizen 2)	39,0	80,0	143,6	180,5	188,1
geestelijke gezondheidszorg	10,2	23,1	50,5	89,2	103,1
gehandicaptenzorg 3)	14,0	42,8	60,0	75,0	89,9
Totaal	**98,6**	**208,4**	**355,8**	**523,3**	**622,3**

1) excl. academische ziekenhuizen 2) excl. verzorgingshuizen 3) incl. gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven
Bron: VWS

Meldingsregeling: Incidentele instandhoudinginvesteringen (niet-vergunningsplichtig)
De overheid oefent geen invloed uit op de exploitatielasten volgens de meldingsregeling, aangezien de instellingen zelf beslissen over het moment van verzilveren van hun trekkingsrechten.
Wel maken wij jaarlijks een raming van de exploitatiegevolgen van de benutting van de trekkingsrechten. Deze raming is in tabel 6 opgenomen. Daarbij is als ramingveronderstelling gehanteerd dat de huidige groei van de investeringen voor meldingsbouw zal doorzetten tot het niveau van maximale benutting is bereikt.

Tabel 6 – Raming exploitatiegevolgen benutting trekkingsrechten (cumulatief), prijspeil 31 december 2003

bedragen in € miljoen	2004	2005	2006	2007	2008
Geraamde benutting trekkingsrechten	289	402	549	720	853

Bron: VWS

3.3. Zorguitgaven per artikel

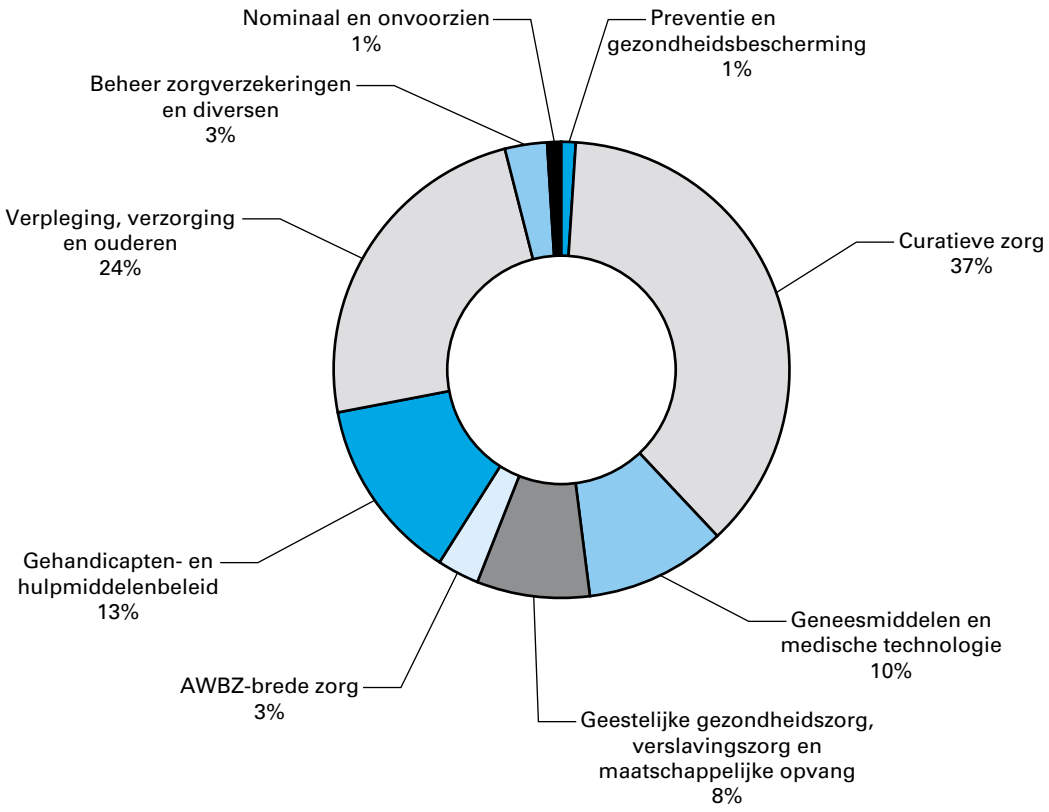
Tabel 7 geeft een overzicht van de (bruto) zorguitgaven per artikel, zoals ook gepresenteerd in de toelichting op de beleidsartikelen. De verhouding tussen de verschillende sectoren wordt duidelijk in figuur 2.

Tabel 7 – Verdeling van de zorguitgaven per artikel

bedragen in € miljoen	2005
Preventie en gezondheidsbescherming	235,6
Curatieve zorg	17 303,9
Geneesmiddelen en medische technologie	4 463,0
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	3 581,7
AWBZ-brede zorg	1 359,7
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid	5 832,2
Verpleging, verzorging en ouderen	11 239,9
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1 258,3
Nominaal en onvoorzien	620,0
Totaal bruto zorguitgaven	45 894,3

Bron: VWS

Figuur 2 – Procentuele verdeling bruto zorguitgaven 2005 per artikel



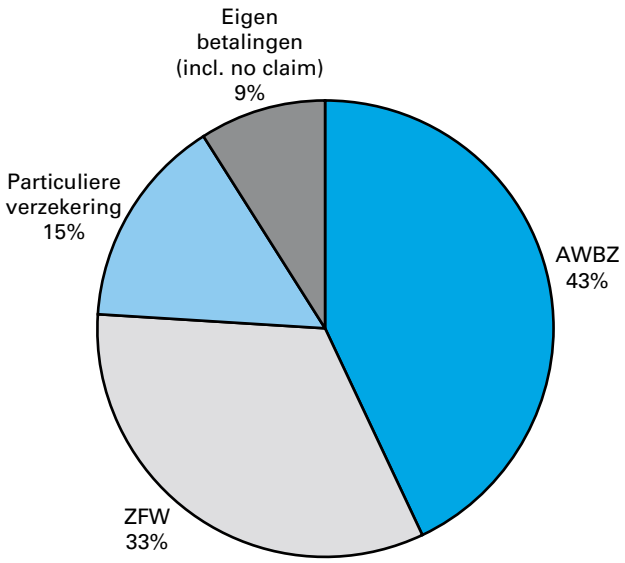
4. Financiering

De financiering van de bruto BKZ-uitgaven laat zich in een viertal categorieën onderverdelen. Tabel 8 geeft deze verdeling voor het jaar 2005 in cijfers weer.
Figuur 3 laat de verhouding tussen de verschillende financieringsbronnen zien.

Tabel 8 – Financiering bruto BKZ-uitgaven	
bedragen in € mld	2005
Financieringsbron	
AWBZ	20,0
ZFW	15,0
Particuliere verzekering	6,7
Eigen betalingen (incl. no-claim)	4,0
Totaal	45,8

Bron: VWS

Figuur 3 – Financiering zorguitgaven 2005 in percentages



Bron: VWS

5. Premieontwikkeling

Tabel 9 – Exploitatie en premiestelling AWBZ

bedragen in € miljoen	2004	2005
ALGEMEEN FONDS		
Uitgaven	21 646,6	21 949,7
– Zorgaanspraken en subsidies	21 476,7	21 779,0
– Beheerskosten	169,9	170,7
Inkomsten	23 430,8	23 722,7
– Procentuele premie	16 311,0	16 574,1
– Eigen bijdragen	1 888,4	1 946,2
– Rijksbijdrage	10,4	10,5
– BIKK	5 409,4	5 303,0
– Overige baten	– 188,4	– 111,1
Exploitatiesaldo	1 784,2	1 773,0
Vermogen Algemeen Fonds	– 1 618,3	154,8
Vermogensnorm	592,5	589,3
Vermogenssaldo	– 2 210,7	– 434,6
Premieplichtig inkomen (mld)	223 145,4	224 855,5
Procentuele premie (%)*	13,40	13,45

* In 2004 betreft dit de gemiddelde premie
Bron: VWS

De uitgaven in het kader van de AWBZ worden gefinancierd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Deze uitgaven worden gedekt door premie-inkomsten, eigen bijdragen en de «BIKK». Een positief of negatief saldo beïnvloedt de hoogte van het vermogen van het AFBZ,

dat wordt aangehouden in Rijks schatkist. Het exploitatiesaldo van het AFBZ telt mee in het EMU-saldo en vermogenssaldi beïnvloeden de hoogte van de overheidsschuld.

Onder uitgaven worden in tabel 9 verstaan de zorgaanspraken, de AWBZ-subsidies en de beheerskosten die worden gefinancierd uit het AFBZ. Het betreft de posten AWBZ en het deel eigen betalingen AWBZ uit de regel «Eigen betalingen» in tabel 8.

In het voorjaar van 2004 is besloten om de AWBZ-premie per 1 juli eenmalig extra te verhogen met 0,3%-punt van 13,25% tot 13,55%. Dit was nodig om een te slecht EMU-saldo te voorkomen. Het was ook behulpzaam om het vermogenstekort van het AFBZ te beperken.
In zowel het Strategisch als het Hoofdlijnenakkoord is besloten de AWBZ-premie in 2005 met 0,1%-punt te verhogen; in totaal een mutatie van 0,2%-punt van 13,25% tot 13,45%. Omdat de eenmalige verhoging van 1 juli 2004 wegvalt, daalt de premie van december 2004 op januari 2005 van 13,55% naar 13,45%. Op basis van de huidige ramingen overtreffen de inkomsten van het AFBZ in 2005 de uitgaven zodanig dat het grootste deel van het tot en met 2003 opgebouwde vermogenstekort in het AFBZ weggewerkt kan worden.
Sinds 2001 bestaat de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK). Via deze bijdrage uit de rijksbegroting worden de volksverzekeringsfondsen gecompenseerd voor een premiederving die resulteerde uit de herziening van het belastingstelsel. De BIKK volgt de ontwikkeling van de heffingskortingen en het aandeel van de AWBZ-premie in de eerste schijf. Door de relatieve toename van het belastingdeel in de eerste schijf, daalt de BIKK.
Per saldo wordt voor 2005 een exploitatiesaldo geraamd van € 1814 miljoen, waarmee het vermogenstekort naar verwachting kan worden teruggedrongen tot € 427 miljoen.

Tabel 10 – Exploitatie en premiestelling ZFW

bedragen in € miljoen	2004	2005
ALGEMENE KAS		
Uitgaven	14 214,2	14 517,7
– Uitkering voor verstrekkingen	13 740,1	14 008,1
– Uitkering voor beheerskosten	466,5	467,9
– Nacalculatie verstrekkingen	0,0	0,0
– Nacalculatie verstrekkingen	– 35,9	0,0
– Overige uitgaven	43,5	42,1
Inkomsten	13 403,0	13 734,2
– Procentuele premie	10 274,3	10 649,0
– MOOZ	513,1	593,2
– Rijksbijdrage	3 006,1	2 910,6
– Overige baten	– 390,4	– 418,7
Exploitatiesaldo	– 811,2	– 783,4
Vermogen Algemeen Fonds	– 1 428,1	– 2 211,5
Vermogensnorm	– 1 198,6	– 1 223,7
Vermogenssaldo	– 229,5	– 987,9
INDIVIDUELE FONDSEN		
Uitgaven	15 995,0	16 390,6
– Verstrekkingen	15 528,5	15 923,1
– Beheerskosten	466,5	467,5

bedragen in € miljoen	2004	2005
Inkomsten	16 648,0	16 764,1
– Nominale rekenpremie	1 821,4	592,5
– Nominale opslagpremie	708,4	361,0
– Nominale no claim premie	–	2 062,0
– No claim teruggave	–	– 672,0
– Uitkering voor verstrekkingen (incl. nacalculatie)	13 704,2	14 008,1
– Uitkering voor beheerskosten	466,5	467,5
– Overige baten	– 52,5	– 55,0
Exploitatiesaldo	653,0	373,5
Premieplichtig inkomen (mln)	129 001,2	130 436,4
Procentuele premie (%)	8,00	8,20

Bron: VWS

De ZFW wordt uitgevoerd door circa 25 individuele ziekenfondsen en de Algemene Kas. Het overgrote deel van de uitgaven in het kader van de ZFW vindt plaats door de individuele ziekenfondsen. Een beperkt bedrag wordt direct betaald door de Algemene Kas. Dit betreft de post «Overige uitgaven». Alle andere uitgaven van de Algemene Kas zijn bijdragen aan de individuele ziekenfondsen ter (gedeeltelijke) dekking van verstrekkingen en beheerskosten.
De uitgaven van de Algemene Kas worden gedekt door procentuele premies, rijksbijdragen en de MOOZ (de bijdrage van particuliere verzekerden aan de ziekenfondsen in verband met de oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds). Een positief of negatief saldo telt mee in het EMU-saldo en beïnvloedt de hoogte van het vermogen van de Algemene Kas, dat wordt aangehouden in Rijks schatkist. Het exploitatiesaldo van de Algemene Kas telt mee in het EMU-saldo en vermogenssaldi beïnvloeden de hoogte van de overheidsschuld.
De uitgaven van de individuele fondsen worden gedekt door de bijdrage uit de Algemene Kas en nominale premies. Een positief of negatief saldo beïnvloedt de hoogte van de reservepositie van een ziekenfonds. Deze reservepositie mag een fonds vrij kiezen, maar dient wettelijk tussen een maximum en een minimum te blijven, dat afhankelijk is van de omvang van de uitgaven.

De eerste vier uitgavenposten van de Algemene Kas zijn bijdragen aan individuele ziekenfondsen in het kader van de verzekeraarsbudgettering. De overige uitgaven zijn uitgaven van de Algemene Kas zelf. Dit betreft de kosten van het College van Zorgverzekeringen en subsidies.
Bij de inkomsten van de Algemene Kas laten de premie-inkomsten een stijging zien. Dit hangt deels samen met het besluit om de ZFW werknemerspremie in 2005 0,2% te laten stijgen (van 1,25% naar 1,45%). Hiermee wordt het EMU-saldo verbeterd en het oplopen van het vermogenstekort beperkt.
Per saldo wordt voor 2005 ondanks de premieverhoging een exploitatiesaldo van – € 781 miljoen geraamd. Daardoor loopt het vermogenstekort naar verwachting op tot € 1057 miljoen. Er is niet besloten tot verdere premiestijgingen in het licht van het voorziene inkomensbeeld voor 2005.

Volgens de huidige raming overtreffen de bijdragen uit de Algemene Kas plus de nominale premies de voor het EMU-saldo relevante uitgaven van

de individuele fondsen in 2004 met € 669 miljoen. Die nominale premies zijn in 2004 duidelijk lager door de ziekenfondsen vastgesteld dan aangenomen in de Begroting 2004.
In 2005 wordt de no-claim-teruggaveregeling geïntroduceerd. Ziekenfondsen gaan in verband hiermee € 250 per volwassene heffen (de no claim premie; macro € 2065 miljoen). Geraamd wordt dat ze daarvan € 675 miljoen aan no-claimteruggaven gaan uitkeren (circa € 80 per volwassene). Het resterende bedrag dient ter dekking van de verstrekkingen die binnen de € 250 plaatsvinden. In samenhang met de no-claimteruggaveregeling wordt de rekenpremie met circa € 190 verlaagd. Omdat de rekenpremie verder stijgt in verband met het vervallen van incidentele verlagingen in 2004, resulteert een daling van € 150 per volwassene. Geraamd wordt dat de opslagpremies flink zullen dalen. Per saldo resulteert een daling van de gemiddelde nominale premie (inclusief no-claimteruggave) van 2004 op 2005.
Voor de individuele ziekenfondsen wordt voor 2005 een positief exploitatiesaldo voorzien.

De bovenbeschreven ontwikkelingen leiden tot het volgende beeld van de premies in de periode 2004–2005.

Tabel 11 – Premieoverzicht

	2004	2005
AWBZ		
Procentuele premie (in %)[1]	13,40	13,45
ZFW		
Procentuele premie 65– werknemer (in %)	1,25	1,45
Procentuele premie 65– werkgever (in %)	6,75	6,75
Procentuele premie 65– totaal (in %)	8,00	8,20
Procentuele premie 65+ AOW (in %)	8,00	8,20
Procentuele premie 65+ aanvullend pensioen (in %)	6,00	6,20
Nominale rekenpremie[2]	222	72
Nominale opslagpremie (gemiddeld)[3]	86	45
Nominale premie no claim[2]	–	250
Nominale premie totaal (gemiddeld)[3]	308	367
No-claimteruggave (gemiddeld)[4]		83
Nominale premie incl. no-claimteruggave (gemiddeld)	308	284
Nominale premie totaal 18–	0	0
WTZ[5]		
Standaardpolis 65–	1 459	1 326
Standaardpakketpolis 65–	1 824	1 704
Standaardpolis 65+	1 824	1 704
Standaardpakketpolis 65+	1 824	1 704
Studenten standaardpakketpolis 20–	241	229
Studenten standaardpakketpolis 20+	0	0
Studenten SPP kinderen	0	0
Omslagbijdragen[3]		
MOOZ 20–	60	63
MOOZ 20–64	120	125
MOOZ 65+	96	100
WTZ 20–	198	204
WTZ 20–64	396	408
WTZ 65+	0	0

1 In 2004 is de premie 13,25% in het eerste halfjaar en 13,55% in het tweede halfjaar
2 Jaarbedragen in Euro
3 Jaarbedragen in Euro; voor 2005 betreft het een raming
4 Jaarbedragen in Euro; voor 2005 betreft dit een raming. Dit bedrag wordt kasmatig uitbetaald in 2006
5 Jaarbedragen in Euro, kale premie; voor 2005 betreft het een raming
Bron: VWS

De ontwikkelingen in de AWBZ- en ZFW-premies zijn hierboven al toegelicht.
De premies voor de Standaard(pakket)polis ondergaan in 2005 een daling. Dit is het gevolg van twee tegengestelde bewegingen. Allereerst stijgt de premie met 3,5% vanwege het volgen van de uitgavenontwikkeling bij particuliere verzekeringen. Daarnaast is er een premiedaling van € 185, ter compensatie van de verhoging van het eigen risico van € 54 naar € 250.
De MOOZ-omslagbijdrage zal naar verwachting in 2005 iets hoger moeten worden vastgesteld dan in 2004. Deze stijging hangt samen met de kostenontwikkeling bij oudere ziekenfondsverzekerden.
De WTZ-omslagbijdrage zal naar verwachting in 2005 eveneens beperkt hoger moeten worden vastgesteld dan in 2004. Deze stijging resulteert uit een stijging van het omslagtekort (het verschil tussen de kosten van verzekerden met een (S)S(P)P-polis en de premie die zij betalen) en de noodzaak om extra voorzieningen op te bouwen om de overloopschade (schade die in beeld komt na afloop van het jaar) bij beëindiging van de WTZ te kunnen dekken. Deze voorziening (deels samenhangend met de introductie van DBC's) moet op orde zijn per ultimo 2005, omdat in 2006 naar huidige aanname geen WTZ-omslagbijdrage meer zal worden ontvangen, maar er nog wel overloopschade zal zijn.

6. Nederland in internationaal perspectief

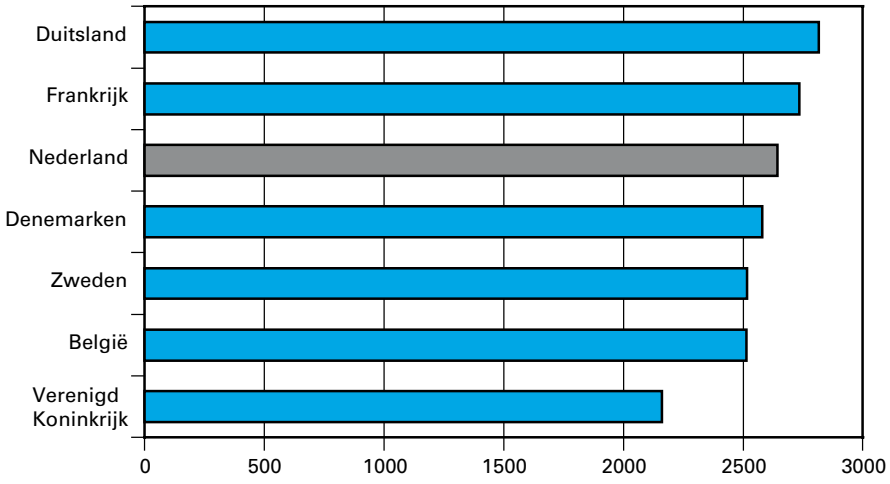
Deze bijdrage geeft een overzicht van enkele kerngegevens van de zorg in Nederland ten opzichte van enkele zeven Europese landen[1]: België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Nederland, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Dit zijn onze buurlanden en een aantal andere Europese landen, waar zich belangwekkende ontwikkelingen voordoen. Een goede vergelijking van zorgsystemen is lastig te maken, onder meer vanwege definitieverschillen en verschillen in organisatie, financiering en sturing van de zorg. Toch geeft het beschikbare datamateriaal een basis.

Alle landen hebben min of meer dezelfde overheidsdoelen: zorgen voor een goede toegang tot een kwalitatief goed zorgsysteem dat betaalbaar is. Landen gebruiken voor de financiering van gezondheidszorg vaak collectieve arrangementen, zoals belastingfinanciering (National Health Service in Engeland en Scandinavië) of een sociale verzekering (zoals in Frankrijk, België en grotendeels Nederland en Duitsland). Vaak is er een mix van publieke en private aanbieders.

Uitgaven

Binnen de groep bestudeerde landen zijn de zorguitgaven het hoogst in Duitsland, zowel per hoofd van de bevolking als in percentage van het BBP. De uitgaven in Duitsland waren in 2002 $ 2 817 per persoon; dat is 10,9% van het BBP. Nederland geeft jaarlijks iets minder uit aan gezondheidszorg, $ 2 643 per persoon, en komt daarmee op 9,1% BBP. Voorts blijkt uit tabel 12 dat de uitgaven in Nederland de afgelopen jaren ten opzichte van de andere gepresenteerde landen het sterkst zijn gestegen. Op basis van gegevens in deze begroting is de verwachting dat de zorgquote voor Nederland in 2004 uitkomt op 9,7% BBP. Daarmee nestelen we ons stevig in de Europese voorhoede.

Figuur 4 – Uitgaven per hoofd (2002, US $*)



* Omgerekend volgens koopkrachtpariteiten.

[1] Bij deze gegevens is een kritische kanttekening op zijn plaats. Hoewel de hier gepresenteerde kwantitatieve gegevens zoveel mogelijk zijn opgesteld volgens het door de OECD ontwikkelde System of Health Accounts, zijn gegevens niet altijd goed vergelijkbaar. Er zijn nog steeds grote definitieverschillen tussen landen. De meeste cijfers hebben betrekking op 2002, enkele op eerdere jaren.

Tabel 12 – Uitgaven in % Bruto Binnenlands Product

	1999	2002
Duitsland	10,6	10,9
Frankrijk	9,3	9,7
Zweden	8,4	9,2
Nederland	**8,2**	**9,1**
België	8,7	9,1
Noorwegen	8,5	8,7
Verenigd Koninkrijk	7,2	7,7

Bron: OECD Health Data 2004

Bovendien geldt dat Nederland ten opzichte van de andere Europese landen nog nauwelijks vergrijsd is: alle onderzochte landen hebben een veel groter aandeel 65-plussers. Ook wat betreft de 80-plussers scoort Nederland nog steeds beneden gemiddeld. Uit tabel 13 blijkt dat het aandeel 65-plussers en 80-plussers in Nederland ook in 2040 nog niet tot de allerhoogste zal behoren. Wel is de toename van het aandeel ouderen in Nederland relatief sterk. Het aandeel 65-plussers neemt toe van 13,7% in 2002 naar 25,5% in 2040 en het aandeel 80-plussers van ruim 3% naar bijna 8%. Bovendien heeft Nederland een uitgebreid systeem van ouderenzorg (zie Box 1). Daarom is vergrijzing voldoende reden voor verontrusting, al is de relatie tussen niveau van vergrijzing en niveau van uitgaven niet eenduidig. De internationale literatuur gaat daarom vaak in op de «dependency-ratio»; als er tegenover veel ouderen ook veel werkende mannen en vrouwen staan, dan kunnen de uitgaven betaalbaar blijven. Vaak is beleid dan ook gericht op het verhogen van de arbeidsparticipatie van vrouwen en van ouderen.

Tabel 13 – Bevolking en leeftijdsopbouw (2002 en 2040, duizenden personen en procenten)

		2002				2040	
	totaal	0–19	20–64	65+	80+	65+	80+
Nederland	16 149	24,5%	61,8%	13,7%	3,3%	25,5%	7,6%
Denemarken	5 376	24,1%	61,1%	14,8%	4,0%	24,1%	6,9%
Verenigd Koninkrijk	59 232	24,9%	59,2%	15,9%	4,3%	25,4%	7,3%
Frankrijk	59 486	25,2%	58,5%	16,3%	4,1%	26,6%	9,1%
België	10 333	23,3%	59,7%	17,0%	3,9%	27,4%	8,6%
Zweden	8 925	24,0%	58,8%	17,2%	5,2%	25,2%	7,9%
Duitsland	82 488	20,8%	61,9%	17,3%	4,0%	29,7%	7,3%

Bron: OECD Health Data 2004

Box 1 Langdurige zorg

In de brief over zorg en maatschappelijke ondersteuning die in april naar de Tweede Kamer is gestuurd, is opgemerkt dat de AWBZ aanzienlijk ruimhartiger is dan wat de ons omringende landen bieden (TK, 29 538, nr. 1). In de loop der jaren is in Nederland een zeer ruim stelsel van verzekerde aanspraken ontstaan met daarin zorg en ondersteunende faciliteiten. In Duitsland en Oostenrijk, waar ook sprake is van verzekerde rechten, worden die rechten beperkt door een hoge drempel: alleen indien er meer dan tien uur per week en langer dan zes maanden zorg nodig is hebben mensen recht op zorg. Er is een grote diversiteit aan systemen in de andere Europese landen met vaak een sterker beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten. Dit komt vooral doordat de meeste onderzochte landen een beperkter voorzieningenniveau kennen dan Nederland[1].

[1] ECORYS-NEI heeft een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de organisatie van langdurige zorg in België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Oostenrijk, Spanje en Zweden.

Volgens schattingen variëren de uitgaven aan langdurige zorg sterk[1]. Zweden is koploper met ongeveer 3% van het BBP, Nederland volgt op korte afstand. Ramingen van EU en OECD wijzen erop dat deze uitgaven de komende decennia kunnen verdubbelen. Naast vergrijzing spelen hierbij ook veranderende publieke verwachtingen en veranderingen in de familiestructuur en leefomstandigheden een rol.

Tabel: Uitgaven aan langdurige zorg als percentage van het BBP in 2000

België	0,8	Oostenrijk	0,7
Duitsland	1,1	Spanje	0,1
Frankrijk	0,7	Zweden	2,8
Nederland	2,5	Verenigd Koninkrijk	1,7

Bron: EPC (2001), OECD (2003)

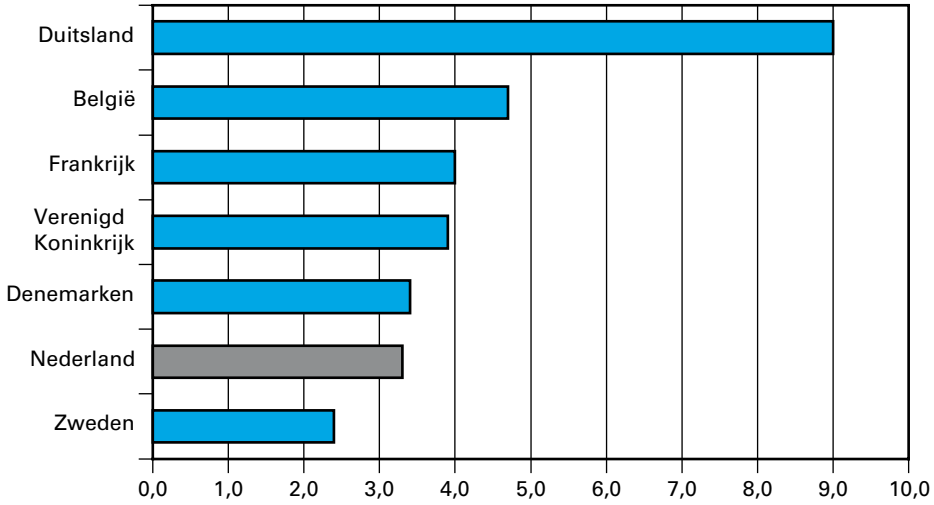
In het najaar komt een nieuwe studie uit naar langdurige zorg in 19 OECD-landen[2]. Veel landen hebben programma's voor intramurale zorg en verzorging thuis, sommige landen bieden persoonsgebonden budgetten of subsidies voor het leveren van informele zorg. Vaak wordt langdurige zorg gefinancierd uit belastingmiddelen, al volgen steeds meer landen het model van Nederland met een soort sociale verzekering.

De onderzochte landen zien een viertal beleidsvraagstukken:
- realiseren van een «zorgcontinuüm», waarbij er een goede aansluiting is van curatieve zorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg
- introduceren of versterken van keuzemogelijkheden aan de vraagkant, zoals met persoonsgebonden financiering
- verbeteren van de kwaliteit van langdurige zorg
- betaalbaar houden van de uitgaven aan langdurige zorg

Indicatoren voor de hoeveelheid geleverde zorg
Soms wordt het aantal ziekenhuisbedden per 1 000 inwoners gebruikt als een indicatie van de efficiëntie. Uit OECD-gegevens blijkt, zoals weergegeven in figuur 5, dat Duitsland relatief veel bedden per 1 000 inwoners heeft. Nederland heeft relatief weinig bedden.

[1] Daarbij zij aangetekend dat uitgaven soms niet zichtbaar worden in de cijfers omdat ze uit een ander budget komen.
[2] Als onderdeel van OECD Health Project is een groot aantal deelprojecten uitgevoerd, onder meer naar Long Term Care. In het najaar verschijnen diverse afzonderlijke deelrapportages.

Figuur 5 – Aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners (2002)



Daarbij zijn wel kanttekeningen te plaatsen. Nederlandse ziekenhuizen voeren veel zorg poliklinisch of in dagverpleging uit. Pas bij relatief complexe zorgvragen worden patiënten klinisch opgenomen. Koploper Duitsland heeft veel meer ziekenhuizen dan Nederland, en de ziekenhuizen zijn gemiddeld een stuk kleiner. Meer dan de helft van de ziekenhuizen in Duitsland heeft minder dan 200 bedden, terwijl in Nederland het gemiddelde aantal bedden boven de 400 ligt. Ook is de ligduur in Duitsland langer dan in Nederland. Langdurige zorg die minder intensieve verpleging vraagt is namelijk soms alleen beschikbaar in ziekenhuizen.

Het is opmerkelijk dat er grote verschillen zijn in de bedbezetting, het aantal beddagen of het aantal patiënten per bed. Een internationale vergelijking ten aanzien van deze aspecten is lastig[1]. De bedbezetting varieert van ongeveer 65% in Nederland tot boven de 80% in Denemarken, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland. Het aantal beddagen per hoofd geeft een vergelijkbaar beeld als het aantal bedden. Duitsland is koploper met 2,6 dagen, Zweden en Nederland (beide 0,8) het laagst. Het aantal patiënten per bed per jaar wisselt zeer sterk in de onderzochte landen: van ruim 13 patiënten in Frankrijk tot 54 patiënten in Denemarken. Nederland zit met 28 patiënten iets onder het gemiddelde.

Uit internationale statistieken blijkt vaak dat Nederland gemiddeld weinig specialisten heeft en juist bijzonder veel verpleegkundigen. Ook de meest recente OECD-gegevens bevestigen dit beeld. In de OECD-gegevens over verpleegkundigen zijn ook de verzorgenden meegeteld. Verder is uit een Prismant vooronderzoek naar personeelsinzet naar voren gekomen dat verpleegkundigen in Duitsland en Frankrijk lagere opleidingsniveaus hebben dan in Nederland[2].

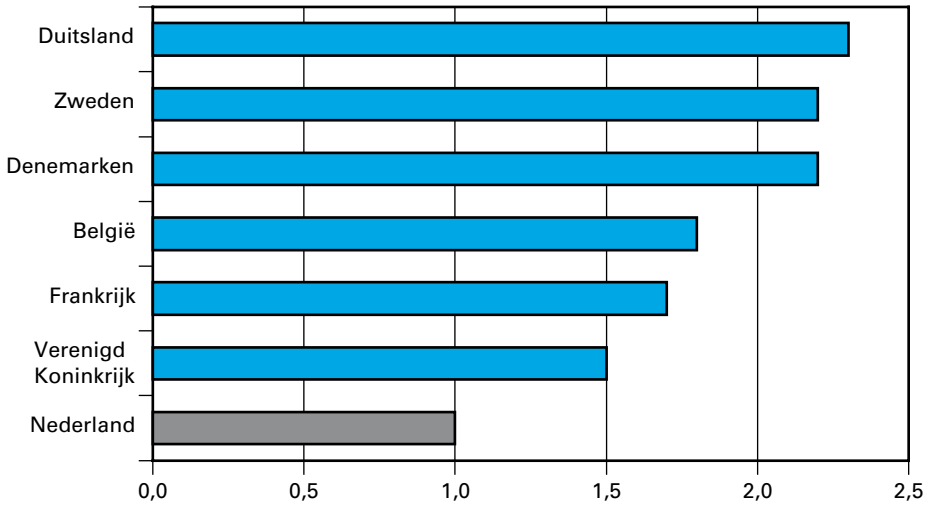
De figuren 6 en 7 geven inzicht in de personeelsinzet in de onderzochte landen. Nederland heeft per 1 000 inwoners één specialist rondlopen, terwijl landen als Zwitserland, Duitsland en Denemarken op 2,2 of 2,3 uitkomen. De verklaring zit voor een deel in het type artsen en de activiteiten. Sommige landen hebben bijvoorbeeld veel vrijgevestigde specialisten die (ook) eerstelijnszorg verlenen. Bovendien worden relatief veel behandelingen in Nederland extramuraal uitgevoerd, denk aan fysiotherapie, dieetadvisering en verloskundige zorg. In laatstgenoemde

[1] Zo is er een verschil tussen het aantal door de overheid toegestane «erkende» bedden en het aantal bedden dat echt in gebruik is. De Nederlandse gegevens betreffen erkende bedden, maar in werkelijkheid zijn er minder bedden in gebruik waardoor de bedbezetting in de praktijk hoger ligt.

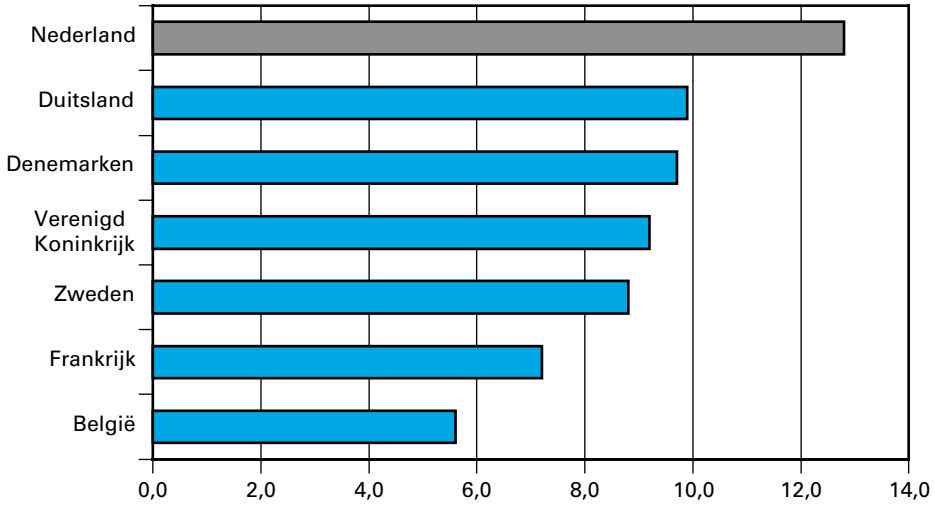
[2] Prismant, Personele inzet van verpegende en verzorgende beroepen: naar een internationale vergelijking, Utrecht, 2003.

beroepsgroep zijn ruim 1 750 mensen werkzaam. Dit betreft zorg die in andere landen vooral intramuraal door medisch specialisten wordt geleverd.

Figuur 6 – Aantal specialisten per 1000 inwoners (2002)



Figuur 7 – Aantal verpleegkundigen per 1000 inwoners (2002)



Het aantal verpleegkundigen per 1 000 inwoners is in Nederland juist weer groot, 12,8 tegen 6 of 7 in België of Frankrijk. Het grote aantal verpleegkundigen geeft de indruk dat Nederland – vanwege het schijnbaar grote aantal handen aan het bed – niet efficiënt is. Deze conclusie is niet zonder meer gerechtvaardigd. Door als definitie het aantal geregistreerde verpleegkundigen te nemen is een internationale vergelijking lastig te maken. Veel Nederlandse verpleegkundigen zijn immers werkzaam buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg en GGZ, of zelfs buiten de gezondheidszorg. Verder is het aantal werkzame personen als uitgangspunt gekozen. Daarbij past de opmerking dat in Nederland veel verpleegkundigen in deeltijd werken. Ook dit geeft dus een vertekening. Tot slot zijn Nederlandse verpleegkundigen en verzorgenden relatief meer gedifferentieerd en hoger opgeleid dan in andere landen, waardoor het zeer efficiënt kan zijn om verpleegkundigen in plaats van artsen in te

zetten voor bepaalde taken (taakherschikking). Hoewel er dus diverse argumenten zijn om het grote verschil in verpleegkundige inzet te nuanceren, is er voldoende reden om dit nader te onderzoeken.

Een volgende maat voor de efficiëntie van een zorgsysteem betreft wachttijden voor electieve curatieve zorg[1]. Gedurende de afgelopen jaren is op dit terrein veel internationaal onderzoek verricht. Daaruit valt af te leiden dat er landen zijn met wachttijden en landen zonder wachttijden. Hoewel in Nederland al jaren wordt gesproken over grote wachtlijstproblemen, blijkt uit tabel 14 dat dit in internationaal perspectief sterk meevalt[2]. Het bestaan van wachttijden heeft te maken met uitgavenniveau, capaciteit en de organisatie van het zorgsysteem. Uit een recente OECD-studie blijkt dat vraag- en aanbodkant strategisch gedrag vertonen. Door afwezigheid van een prijsprikkel (vraag «ongelimiteerd») en regulering van het aanbod (aanbod beperkt) ontstaan in veel landen wachttijden.

In sommige bestudeerde landen zijn er normwachttijden van meer dan 3 of zelfs 6 maanden (13 of 26 weken). Pas na het verstrijken van die termijn vindt een land de wachttijd problematisch. Er zijn binnen landen vaak grote variaties. De OECD-studie concludeert dat afwezigheid van wachttijden duidt op overcapaciteit. Wachttijden van 13 weken of meer zijn excessief en duiden op structurele ondercapaciteit. De situatie in Nederland met korte wachttijden is dus positief, zeker als men bedenkt dat de wachttijden sinds 2000 verder zijn teruggelopen. Uit gegevens van mei 2004 blijkt dat de gemiddelde wachttijd inmiddels nog maar 5 weken bedraagt. De verrichtingen met de hoogste wachttijd in de tabel zijn sterk gedaald; de wachttijd voor een heupoperatie bedraagt nog 11 weken (was 14) en voor een staaroperatie 10 weken (was 16).

Tabel 14 – Gemiddelde wachttijden voor diverse verrichtingen (2000, aantal weken)

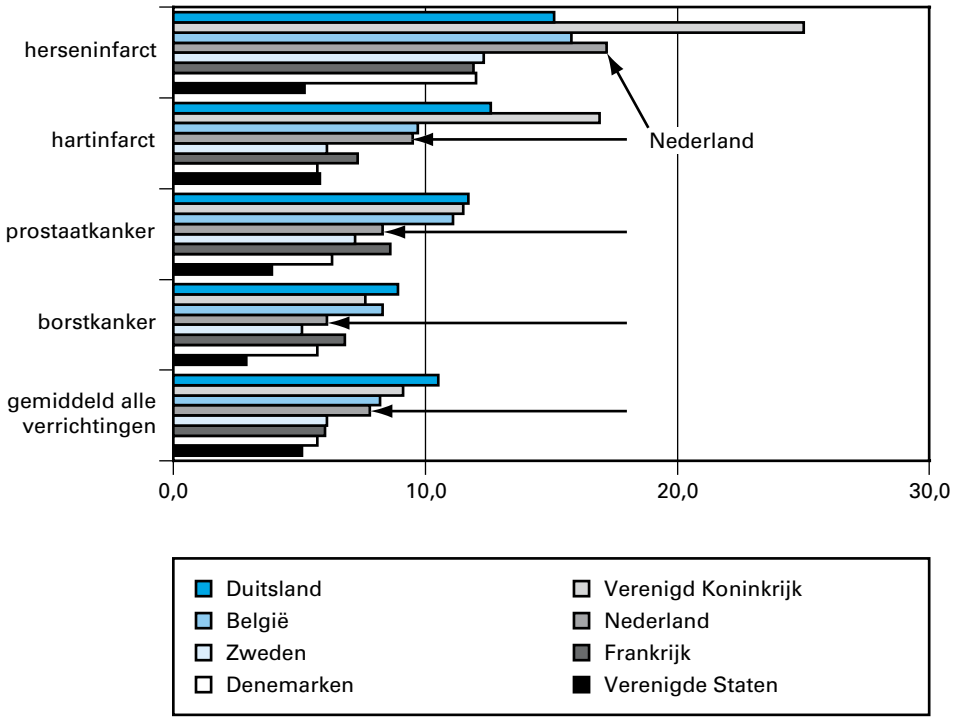
	Heupoperatie	Knieoperatie	Staaroperatie	Dotterbehandeling
Denemarken	16	16	10	
Finland	29	39	33	4
Noorwegen	19	23	9	8
Nederland	14	12	16	3
Spanje	18	21	15	12
Verenigd Koninkrijk	35	40	29	11
Zweden			28	

Bron: OECD Health Working Paper nr.7 (2003)

Een laatste maat voor de efficiëntie in de curatieve zorg is de gemiddelde opnameduur voor een aantal specifieke diagnoses. In onderstaande figuur is voor een aantal aandoeningen weergegeven hoeveel dagen patiënten gemiddeld in een ziekenhuis verblijven in de verschillende landen.

[1] Dit is niet-acute op genezing gerichte zorg.
[2] Vanwege beschikbaarheid van gegevens zijn in tabel 3 ook andere landen opgenomen dan de eerder genoemde acht landen.

Figuur 8 – Gemiddelde verpleegduur, voor diverse aandoeningen (2002)



Statistieken bij andere dan de hier gepresenteerde aandoeningen bevestigen het patroon. De Verenigde Staten zijn in deze figuur opgenomen, want daar is op alle fronten de kortste verpleegduur. In de VS werken artsen met moderne en dure technologieën. Er worden in de internationale literatuur wel vraagtekens gesteld bij de – soms ontbrekende nazorg. Het Verenigd Koninkrijk en Duitsland scoren steevast hoog wat betreft verpleegduur. Nederland zit in de middenmoot. Ook hier geldt dat de verschillen in de organisatie van de zorg in de verscheidene landen hun invloed hebben. Met name de mogelijkheden voor revalidatie binnen of buiten het ziekenhuis zijn van invloed op de verblijfsduur in het ziekenhuis. Westerse landen geven op zeer uiteenlopende wijze vorm aan de intramurale nazorg voor ziekenhuispatiënten.

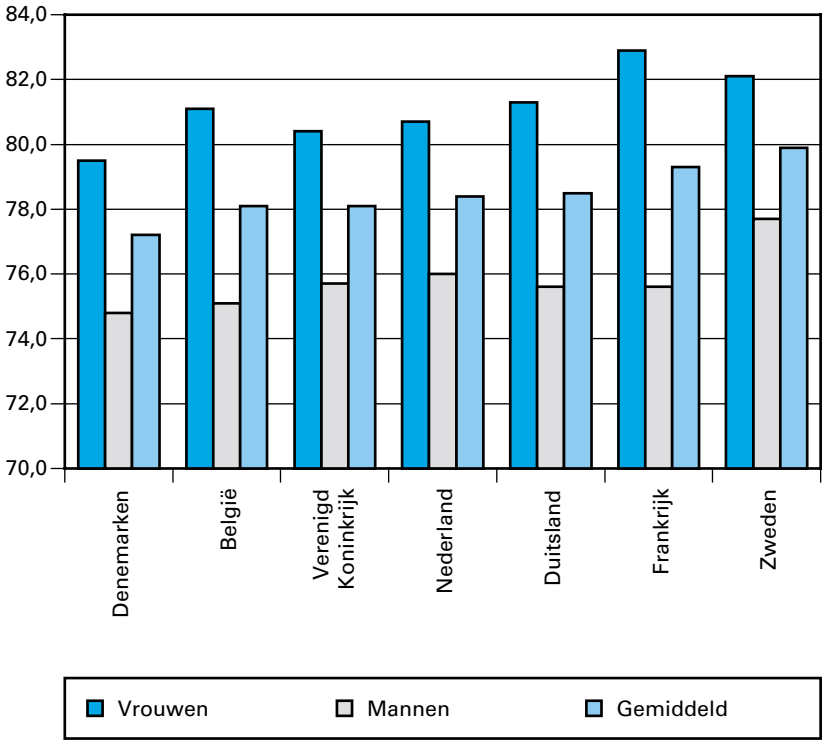
Men ziet verpleegduur weliswaar als een maat voor efficiëntie, maar een te korte ziekenhuisopname kan ook een negatieve uitwerking hebben. Hiervan zijn signalen in het huidige Zweedse stelsel en in het Amerikaanse stelsel.

Voor alle vergelijkingen geldt dat het uiteindelijk gaat om het moeilijk te operationaliseren begrip van toegenomen kwaliteit en duur van het leven versus de kosten. Conclusies over een efficiënte inzet van bedden, artsen en verpleegkundigen zijn pas mogelijk als de met de input samenhangende uitgaven worden afgezet tegen de gewonnen levenswinst. De volgende paragraaf besteedt als indicatie aandacht aan de levensverwachting.

Prestaties: gewonnen gezondheid
In alle landen is de verwachte levensduur de afgelopen decennia gestaag toegenomen. Verklaringen voor deze toename en voor verschillen in prestaties tussen landen zijn zowel te vinden in algemene zaken als

inkomen, opleiding en woonvoorzieningen, als in zorguitgaven en de vormgeving van het zorgsysteem. Preventie en levensstijl hebben een grote invloed op de gezondheidssituatie in de bevolking.

Figuur 9 – Gemiddelde levensverwachting bij geboorte (2002)



Momenteel is de levensverwachting het hoogst in Frankrijk (vrouwen 82,9 jaar) en Zweden (mannen 77,7 en gemiddeld 79,9). Denemarken sluit de rij (vrouwen 79,5 jaar, mannen net geen 75). De Nederlandse burger heeft een gemiddelde levensverwachting van 78,4 jaar. Mannen worden gemiddeld 76, vrouwen bijna 81. Het belang van leefstijl weegt hierin nadrukkelijk mee; doordat Nederlandse en Deense vrouwen relatief veel roken blijft de verwachte levensduur achter.

Box 2 Hervormingen in Europese landen

Nederland is niet het enige land dat bezig is met hervormingen om de gezondheidszorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden.

Het Franse kabinet heeft in juni 2004 ingestemd met een controversieel plan om de kosten in de gezondheidszorg jaarlijks met miljarden terug te dringen. De Fransen hebben namelijk een probleem met overconsumptie. De regering hoopt het bezoek aan artsen in te perken door verplichte verwijzing door de huisarts (anders wordt de behandeling niet of ten dele vergoed) en registratie van alle behandelingen in een elektronisch patiënten-dossier. Bovendien voert de regering een verplichte eigen bijdrage in van €1 per huisartsbezoek. Dit komt bovenop de bestaande hoge eigen bijdragen die in Frankrijk grotendeels particulier herverzekerd zijn. Verder verandert het premiestelsel drastisch. Uit de collectieve middelen wordt in de toekomst nog maar 75% van de gezondheidszorg bekostigd. Voor de andere 25% is particulier bijverzekeren nodig.

Per 1 januari 2004 zijn in Duitsland hervormingen van het zorgstelsel doorgevoerd. Om de tekorten aan te pakken moeten patiënten bij bezoek aan een arts maximaal € 10 per kwartaal bijbetalen. De Duitse ziekenfondsen hebben op hun beurt een «huisartsmodel»

ingevoerd, waarbij burgers de eigen bijdrage terugkrijgen als ze voortaan altijd eerst een vaste huisarts bezoeken in geval van ziekte. De huisarts kan patiënten eventueel doorverwijzen.

In het Verenigd Koninkrijk kreeg de gezondheidszorg juist te weinig middelen. Daardoor zijn lange wachttijden ontstaan. Inmiddels worden vele miljarden extra besteed. Voor de periode 2005–2008 staat een jaarlijkse volumegroei van 7,1% op het programma. Hiermee stijgen de uitgaven van € 104 miljard in 2004 naar bijna €140 miljard in 2008. Het geld gaat onder meer naar de bouw van tientallen nieuwe ziekenhuizen. Na jaren van onderinvestering wordt de infrastructuur van de NHS eindelijk gemoderniseerd. Sinds 1997 zijn er al 40 ziekenhuizen gebouwd en operationeel, in 2010 moeten er 100 nieuwe ziekenhuizen geopend zijn.

Samenvattende analyse Nederland ten opzichte van andere landen
Statistieken worden in toenemende mate opgesteld volgens vergelijkbare definities, maar nog altijd is het cijfermateriaal niet goed vergelijkbaar. Toch is een poging gedaan de Nederlandse positie in internationaal perspectief te plaatsen.

- De uitgaven aan zorg in Nederland zijn in internationaal perspectief gemiddeld, maar stijgen de laatste jaren sterk.
- Bovendien is Nederland ten opzichte van andere landen nog nauwelijks vergrijsd; de komende decennia neemt het aandeel ouderen sterk toe.
- Vanwege ons relatief uitgebreide systeem van ouderenzorg is vergrijzing reden voor verontrusting.
- Uit internationale statistieken blijkt bovendien dat Nederland gemiddeld weinig specialisten en juist bijzonder veel verpleegkundigen heeft.
- Onze wachttijden zijn relatief beperkt. Afwezigheid van wachttijden duidt op overcapaciteit, excessieve wachttijden duiden op structurele ondercapaciteit.

Een belangrijke les uit het in mei 2004 afgesloten OECD Health Project, is dat er geen ideaal systeem is. Er zijn *trade-offs* tussen diverse overheidsdoelen en ieder land maakt zijn eigen afweging vanwege verschillende waarden, tradities en instituties.

VERDIEPINGSBIJLAGE

LEESWIJZER

De verdiepingsbijlage bestaat uit:
- cijfermatig overzicht per beleidsartikel (begroting en/of premie)
- bijdrage aan ZBO's en RWT's

Per beleidsartikel worden de standen (begroting en/of premie) en de belangrijkste mutaties (begroting en/of premie) toegelicht.

Bij de begrotingsuitgaven staan de toelichtingen op de mutaties vanaf 2003 ten opzichte van de 1e suppletore wet. Waar relevant worden de belangrijkste mutaties uit de 1e suppletore wet toegelicht. Kasmutaties worden toegelicht indien ze in enig jaar meer dan € 500 000 bedragen. Verplichtingenmutaties worden niet toegelicht voor zover het gaat om mutaties met een technisch karakter. Dit is bij de meeste verplichtingenmutaties het geval. Technische mutaties zijn onder andere de bij de kasmutaties behorende verplichtingenmutaties (kas = verplichtingen) en het aanpassen van de verplichtingenraming als gevolg van het aangaan van meerjarige projectsubsidies. Bij deze mutaties wordt de verplichtingenraming in het uitvoeringsjaar verhoogd en in de daaropvolgende jaren met hetzelfde bedrag verlaagd. In alle gevallen hebben de mutaties geen gevolgen voor de kasraming. De posten nieuwe nominale wijzigingen op de beleidsartikelen betreffen de toedeling van voornamelijk loonbijstellingen vanuit niet-beleidsartikel 99. Bij een overheveling tussen twee artikelen of een desaldering is volstaan met één toelichtende tekst. Deze tekst over overhevelingen tussen twee artikelen is opgenomen bij het artikel dat bij deze overheveling wordt verhoogd. Bij het andere artikel is de toelichting beperkt tot de algemene tekst *Overheveling naar (niet-)beleidsartikel* of *Zie de toelichting bij (niet-) beleidsartikel*. De toelichting aangaande desalderingen wordt opgenomen bij de uitgaven.

Bij de premie-uitgaven geven de premietabellen voor de betreffende artikelen een overzicht van de premie-uitgaven en de financiering van die uitgaven.
Deze tabellen zijn verdeeld in drie blokken:
- De opbouw van de uitgavenstand sinds de VWS-begroting 2004 (A).
- Het financieringsblok (B).
- Het blok met de aansluiting tussen het financieringsniveau en het netto-BKZ (C).

De gegevens die in de verschillende blokken zijn vermeld, hebben betrekking op de uitgaven en financiering van het eerste en tweede compartiment.

A. De uitgaven in dit blok omvatten niet alleen mutaties die het resultaat zijn van politieke prioriteitenstelling (zowel intensiveringen als maatregelen) of autonome ramingsbijstellingen (bijv. loon- en prijsbijstellingen), herschikkingen en technische mutaties, maar ook mutaties die voortkomen uit de evaluatie van de uitgaven tot en met het jaar 2003.
B. Het financieringsblok geeft aan op welke wijze de uitgaven gefinancierd worden in het desbetreffende jaar. De financiering kan op diverse manieren plaatsvinden, namelijk via:
   – de AWBZ;
   – de ZFW;

– de particuliere verzekeraars;
– eigen betalingen van particulieren;
– eigen betalingen AWBZ.

In verschillende tabellen is sprake van een «mutatie financieringsachterstand». Deze mutatie is te verklaren uit het verschijnsel dat de uitgaven en de financiering niet gelijk behoeven te zijn. Bij een financiering die lager is dan de uitgaven is sprake van een financieringsachterstand. Is de financiering hoger dan de uitgaven, dan is sprake van een financieringsvoorsprong. Een financieringsachterstand kan ontstaan in gebudgetteerde sectoren, onder andere als het vastgestelde budget (de uitgaven) niet geheel gedekt is door declaraties (financiering). Bij een financieringsvoorsprong is het tegenovergestelde het geval. De achterstand of voorsprong kan in volgende jaren worden ingelopen door aanpassing van de tarieven.

C. Voor de zorg is een budgettair uitgavenplafond vastgesteld, het Budgettair Kader Zorg. De uitgaven die aan dit kader worden getoetst, zijn de netto BKZ-uitgaven, dat wil zeggen de bruto BKZ-uitgaven verminderd met de BKZ-ontvangsten (eigen betalingen van patiënten).

Na deze onderdelen volgt een inhoudelijke toelichting op de (belangrijkste) nieuwe mutaties sinds de 1e suppletore wet 2004. Indien nodig worden ook één of meer belangrijke mutaties uit de 1e suppletore wet 2004 genoemd en inhoudelijk toegelicht.

In de verdiepingsbijlage is ten slotte het overzicht bijdragen aan ZBO's en RWT's opgenomen. Hierin zijn de zelfstandige bestuursorganisaties (ZBO's) en rechtspersonen met een wettelijke taak (RWT's) die een bijdrage ontvangen van VWS vermeld.

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1621	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		208 351	191 324	194 832	218 989	397 674	
Mutatie amendementen		– 2 100					
Mutatie 1e suppletore wet		30 103	7 011	4 737	6 093	9 018	
Nieuwe mutaties		1 905	34 519	25 110	22 706	26 724	
Nieuwe nominale wijzigingen		14 275	1 830	2 056	2 090	4 824	
Stand ontwerpbegroting 2005	1 109 805	252 534	234 684	226 735	249 878	438 240	438 555

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1621	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		420 799	404 995	401 692	398 166	398 164	
Mutatie amendementen		– 2 100					
Mutatie 1e suppletore wet		20 132	13 045	10 779	10 362	9 018	
Nieuwe mutaties		2 292	35 256	26 184	24 175	28 422	
Nieuwe nominale wijzigingen		5 066	4 896	4 857	4 823	4 824	
Stand ontwerpbegroting 2005	434 575	446 189	458 192	443 512	437 526	440 428	441 302

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1621	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		8 755	8 755	8 755	8 755	8 755	
Mutatie 1e suppletore wet		– 1 372					
Stand ontwerpbegroting 2005	8 783	7 383	8 755	8 755	8 755	8 755	8 755

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling vanuit de premiemiddelen in verband met de loonbijstelling voor de regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (mutatie uit eerste suppletore wet).	6 403	6 403	6 403	6 403	6 403	6 403
Verhoging van de uitgavenraming om een effectieve bestrijding van de huidige en nieuwe infectieziekten mogelijk te maken door een goede infrastructuur en duidelijke communicatie- en bevelslijnen. De middelen worden in 2004 onder meer ingezet voor de ontwikkeling en inrichting van een infectieziekteautoriteit die vanaf 2005 operationeel is (mutatie uit eerste suppletore wet).	3 000	25 340	27 820	26 570	26 570	26 570
Verhoging van de uitgavenraming in verband met een dotatie aan het Nederlands Vaccin Instituut ter dekking van de extra kosten. Het betreft de doorlopende vaste kosten van het NVI in 2005, als een combinatievaccin met een acellulaire kinkhoestcomponent (DaKTP/Hib) voor het Rijksvaccinatieprogramma tijdelijk wordt ingekocht, in afwachting van beschikbaarheid van een Nederlands combinatievaccin.		8 300				
Overheveling van artikel 23 voor translationeel onderzoek gentherapie. Het betreft een meerjarig onderzoeks-programma dat wordt uitgevoerd door ZonMw.					1 635	2 747
Overheveling van artikel 35 in verband met het onderzoeksprogramma Sport, Bewegen en Gezondheid van ZonMw.	568					
Overheveling van artikel 98. Het betreft een structurele component voor huurcompensatie, die is overgedragen aan de Keuringsdienst van Waren op dit beleidsartikel.	593	593	593	593	593	593
Overheveling van artikel 99 in verband met een bijdrage aan de exploitatie van de VWA.	600					
Overheveling van artikel 99 in verband met het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van instellings-subsidies.	72					
Overheveling naar artikel 99 in verband met vervroegde afkoop van instellingssubsidies.		– 72				
Overheveling van/naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		3 635	458	– 994	1 680	1 505

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004	210,8	211,7	212,5	213,3	213,3	213,3
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004	21,6	25,6	24,4	24,4	21,6	21,6
Nieuwe mutaties	– 2,6	– 2,6	– 2,6	– 2,6	– 2,6	– 2,6
Nieuwe nominale wijzigingen	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	230,7	235,6	235,2	236,0	233,2	233,2
B. Financiering						
AWBZ	231,1	235,6	235,2	236,0	233,2	233,2
Mutatie financieringsachterstand	– 0,4					
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	231,1	235,6	235,2	236,0	233,2	233,2
BKZ-ontvangsten						
Netto BKZ-uitgaven	231,1	235,6	235,2	236,0	233,2	233,2
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
In de Voorjaarsbrief Zorg is reeds een structurele tegenvaller gemeld van € 26,9 miljoen, voornamelijk als gevolg van extra uitgaven voor dieetadvisering. Op grond van nieuwe cijfers van het CTG blijken deze uitgaven met € 2,6 miljoen mee te vallen.	– 2,6	– 2,6	– 2,6	– 2,6	– 2,6	– 2,6
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op het niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor de jaren 2005 tot en met 2009. De tranche 2004 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 2,9 miljoen. Daarnaast valt de realisatie 2003 voor de loon- en prijsbijstelling mee met € 2,0 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de begroting 2004 voor deze sector te hoog is geweest.	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1622	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		50 176	47 668	36 707	39 266	40 009	
Mutatie 1e suppletore wet		– 1 524	– 4 417	236	36	36	
Nieuwe mutaties		697	266	1 252	– 2 332	– 2 332	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 037	524	467	180	507	
Stand ontwerpbegroting 2005	78 682	50 386	44 041	38 662	37 150	38 220	37 893

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1622	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		47 399	44 733	36 696	40 009	40 009	
Mutatie 1e suppletore wet		3 715	343	236	36	36	
Nieuwe mutaties		9 522	– 8 559	1 252	– 2 332	– 2 332	
Nieuwe nominale wijzigingen		600	566	464	507	507	
Stand ontwerpbegroting 2005	66 136	61 236	37 083	38 648	38 220	38 220	37 893

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1622	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		1 098	1 098	1 098	1 098	1 098	
Stand ontwerpbegroting 2005	3 763	1 098	1 098	1 098	1 098	1 098	1 098

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling vanuit de premiemiddelen naar de begroting in verband met de exploitatiekosten van C2000.	6 480	6 480	6 480	6 480	6 480	6 480
Overheveling naar de premiemiddelen (CTG) in verband met de invoering van Diagnose Behandel Combinaties.	– 1 100					
Overheveling naar de premiemiddelen in verband met de gewijzigde financiering van de afdelingen palliatieve zorg bij de integrale kankercentra (IKC's).	– 3 000	– 3 000	– 3 000	– 3 000	– 3 000	– 3 000
Overboeking naar het ministerie van BZK in verband met de exploitatiekosten van het C2000 project. De kosten van het project worden verdeeld over de ministeries van BZK, VWS en Defensie.	– 3 200	– 6 400				
Overheveling van artikel 24. Bij 1e suppletore wet 2004 zijn middelen beschikbaar gesteld voor diverse activiteiten die samenhangen met de herziening van de sturing in de zorg. Met deze mutatie worden die middelen overgeboekt naar het juiste beleidsartikel.		3 500				
Overheveling van artikel 99 in verband met het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van instellingssubsidies.	8 825					
Overheveling naar artikel 99 in verband met vervroegde afkoop van instellingssubsidies.		– 8 825				
Overheveling van artikel 99 ten behoeve van de stichting Perinatale Registratie Nederland. Deze stichting is in 2001 opgericht met als doel alle aparte registraties rondom geboorten samen te voegen in één databank.	600	600	600	600	600	600
Overheveling van artikel 99 in verband met «Sneller Beter». Met dit programma wordt de zorgsector voorbereid op de gereguleerde marktwerking. Met deze mutatie worden de daarvoor benodigde middelen vrijgemaakt.	650	650	650	650	650	650
Overheveling naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		– 538	– 2 518	– 6 102	– 6 102	– 6 369

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004	16 685,5	17 047,1	17 461,5	17 859,9	17 899,0	17 899,0
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004	260,7	230,3	232,7	235,3	237,9	237,9
Nieuwe mutaties	123,1	– 219,3	– 219,3	– 219,3	– 219,3	– 219,3
Nieuwe nominale wijzigingen	281,8	264,8	281,8	281,8	281,8	281,8
Nieuwe bouwmutaties	1,1	– 19,0	– 16,4	20,4	61,4	101,2
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	17 352,2	17 303,9	17 740,3	18 178,1	18 260,8	18 300,6
B. Financiering						
AWBZ	286,6	263,1	256,0	269,2	270,1	270,4
ZFW	11 855,5	11 841,6	12 167,3	12 470,4	12 529,3	12 557,9
Particuliere verzekering	4 696,0	4 659,6	4 822,5	4 944,0	4 996,9	4 977,8
Eigen betalingen particulier	481,3	481,3	481,3	481,3	481,3	481,3
Eigen betalingen ongesplitst	15,6	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2
Mutatie financieringsachterstand	42,6	45,1				
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	17 309,6	17 258,8	17 740,3	18 178,1	18 260,8	18 300,6
BKZ-ontvangsten	496,9	494,5	494,5	494,5	494,5	494,5
Netto BKZ-uitgaven	16 812,7	16 764,3	17 245,8	17 683,6	17 766,3	17 806,1

Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2004

Uit de evaluatie van de uitgaven 2003 blijkt dat een deel van de volumetegenvallers een structureel karakter heeft. Dit betreft voornamelijk de productie in de ziekenhuiszorg en de kraamzorg. Beide lagen in 2003 op een hoger niveau dan ten tijde van de ontwerpbegroting 2004 verwacht werd. Voorts laat het zich aanzien dat de groei in de sector curatieve zorg in het jaar 2004 zich op dezelfde wijze zal voortzetten als in 2003. De groeiruimte die voor het jaar 2004 beschikbaar is, is echter onvoldoende om het voortduren van de groei in 2003 op te kunnen vangen.	235,3	235,3	235,3	235,3	235,3	235,3
Aanpassing van de opbrengstramingen van de pakketbeperkingen fysio- en oefentherapie (VWS-begroting 2004) op basis van CVZorgcijfers 1998–2002 (september 2003).	– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties

Deze mutatie betreft de structurele doorwerking van de herziene afrekening 2003 van de ziekenhuizen en overige instellingen en de herziene afrekening van de vrije beroepers.	89,6	89,6	89,6	89,6	89,6	89,6
Besparingsverlies ontstaan door het later invoeren van de maatregel zittend ziekenvervoer. 30,0						
Met de ziekenhuizen en de verzekeraars is een convenant gesloten met als doel om de zorgvraag binnen de beschikbare kaders op te vangen. Daartoe zal gericht zorg worden gecontracteerd. Tevens zal meer productie voor hetzelfde geld worden geleverd.		– 240,0	– 240,0	– 240,0	– 240,0	– 240,0

Verschillende behandelingen worden uit het ziekenfondspakket gehaald en dus van vergoeding uitgesloten. Het gaat daarbij om behandelingen die aan de volgende criteria voldoen:

- in de meeste gevallen niet strikt medisch noodzakelijk
- niet tot geneeskundige behandeling strekken

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
• een onverklaarbaar grote variatiebreedte hebben • voorzienbaar noodzakelijk zijn om een behandeling behorende tot de eerste categorie ongedaan te maken of die voorzienbaar voortvloeien uit een eerdere behandeling behorende tot de eerste categorie Het gaat bijvoorbeeld om behandelingen bij snurken, borstprothese anders dan bij amputatie, correcties van de oorstand, correctie van bovenoogleden, buikwand-correcties en hersteloperaties na sterilisaties.		– 70,0	– 70,0	– 70,0	– 70,0	– 70,0
Overheveling naar de begrotingsmiddelen (artikel 30, Rijksbijdrage Abortusklinieken) in verband met hogere uitgaven bij de abortusklinieken.	– 4,0	– 4,0	– 4,0	– 4,0	– 4,0	– 4,0
Overheveling naar de begrotingsmiddelen in verband met de exploitatiekosten van C2000, het gezamenlijke communicatiesysteem van politie, brandweer, ambulancediensten en de Koninklijke Marechaussee.	– 6,5	– 6,5	– 6,5	– 6,5	– 6,5	– 6,5
Overheveling vanuit de begrotingsmiddelen in verband met de gewijzigde financiering van de afdelingen palliatieve zorg van de integrale kankercentra (IKC's).	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op het niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor de jaren 2005 tot en met 2009. De tranche 2004 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 284,4 miljoen. Daarnaast valt de realisatie 2003 voor de loon- en prijsbijstelling mee met € 2,6 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de begroting 2004 voor deze sector te hoog is geweest.	281,8	281,8	281,8	281,8	281,8	281,8
Toelichting nieuwe bouwmutaties Deze reeks is het saldo van diverse ontwikkelingen in de bouwramingen. In de eerste plaats zijn de ramingen voor de exploitatiegevolgen van WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw aangepast op basis van een actualisatie van het bouwprogramma. Daarbij is nu ook rekening gehouden met de zogenoemde «trekkings-rechten» die instellingen hebben opgebouwd en die bij een vergunningsplichtig project dienen te worden ingebracht (zie voor een nadere toelichting de bijlage FBZ, paragraaf 3.2 Bouw). Voorts is de raming van de benutting van die trekkingsrechten aangepast op basis van actuele informatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.	1,1	– 19,0	– 16,4	20,4	61,4	101,2

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1623	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		19 447	17 697	20 174	19 225	20 814	
Mutatie 1e suppletore wet		– 1 117	2 057	1 937	1 937	1 937	
Nieuwe mutaties		– 15	2 545	– 703	402	632	
Nieuwe nominale wijzigingen		328	197	225	215	234	
Stand ontwerpbegroting 2005	21 349	18 643	22 496	21 633	21 779	23 617	24 684

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1623	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		21 235	19 092	21 566	20 814	20 814	
Mutatie 1e suppletore wet		– 1 014	1 473	989	594	1 938	
Nieuwe mutaties		– 78	2 420	– 829	276	– 1 067	
Nieuwe nominale wijzigingen		239	214	244	234	234	
Stand ontwerpbegroting 2005	21 024	20 382	23 199	21 970	21 918	21 919	21 937

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1623	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Stand ontwerpbegroting 2005	1 830						

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling naar artikel 21.					– 1 635	– 2 747
Overheveling van/naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		2 494	– 722	383	613	1 680

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004	4 324,6	4 658,4	5 084,2	5 524,0	5 524,0	5 5 24,0
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004	– 241,0	– 241,0	– 241,0	– 241,0	– 241,0	– 241,0
Nieuwe mutaties	– 1,0	– 1,0	– 1,0	– 1,0	– 1,0	– 1,0
Nieuwe nominale mutaties	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	4 129,2	4 463,0	4 888,8	5 328,6	5 328,6	5 328,6
B. Financiering						
AWBZ	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4	13,4
ZFW	2 970,2	3 217,3	3 534,8	3 861,5	3 861,5	3 861,5
Particuliere verzekering	1 053,5	1 140,2	1 248,5	1 361,6	1 361,6	1 361,6
Eigen betalingen	92,1	92,1	92,1	92,1	92,1	92,1
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	4 129,2	4 463,0	4 888,8	5 328,6	5 328,6	5 328,6
BKZ-ontvangsten	92,1	92,1	92,1	92,1	92,1	92,1
Netto BKZ-uitgaven	4 037,1	4 370,9	4 796,7	5 236,5	5 236,5	5 236,5
Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2004						
Uit de evaluatie van de uitgaven 2003 blijkt dat een deel van de volumemeevaller een structureel karakter heeft.	– 142,0	– 142,0	– 142,0	– 142,0	– 142,0	– 142,0
Tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen is besloten de eigen bijdrage geneesmiddelen te vervangen door een verhoging van het eigen risico ZFW vanaf 2005 (geraamde opbrengst € 210 miljoen) en het niet langer vergoeden van zelfzorg-geneesmiddelen vanaf 2004 (€ 55 miljoen).	– 55,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Uit de herziene afrekening 2003 blijkt een meevaller van € 1,0 miljoen.	– 1,0	– 1,0	– 1,0	– 1,0	– 1,0	– 1,0
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op het niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor de jaren 2005 tot en met 2009. De tranche 2004 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 46,6 miljoen.	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6	46,6

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1624	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		292 901	284 688	291 567	291 823	291 924	
Mutatie amendementen		1 300	1 300				
Mutatie 1e suppletore wet		– 1 450	4 573	– 1 211	– 1 173	– 1 173	
Nieuwe mutaties		285	20 435	8 849	10 163	10 015	
Nieuwe nominale wijzigingen		8 014	3 682	3 600	3 769	3 773	
Stand ontwerpbegroting 2005	291 915	301 050	314 678	302 805	304 582	304 539	304 537

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1624	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		299 237	288 921	292 054	291 924	291 924	
Mutatie amendementen		1 300	1 300				
Mutatie 1e suppletore wet		– 250	2 098	– 1 201	– 1 173	– 1 173	
Nieuwe mutaties		1 011	21 835	8 803	10 163	10 015	
Nieuwe nominale wijzigingen		3 788	3 713	3 757	3 774	3 773	
Stand ontwerpbegroting 2005	304 691	305 086	317 867	303 413	304 688	304 539	304 537

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1624	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		1 361	1 361	1 361	1 361	1 361	
Mutatie 1e suppletore wet		– 53	– 120	– 120	– 120	– 120	
Nieuwe mutaties		280	120	120	120	120	
Stand ontwerpbegroting 2005	2 090	1 588	1 361	1 361	1 361	1 361	1 361

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verhoging van de uitgavenraming voor de ontwikkeling en implementatie van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de geestelijke gezondheidszorg.		12 200	1 000	1 000	1 000	1 000
Overheveling van het ministerie van Justitie in verband met het Tolk- en vertaalcentrum.		8 504	8 504	8 504	8 504	8 504
Overheveling van artikel 31. Bij eerste suppletore wet zijn middelen beschikbaar gesteld voor diverse activiteiten die samenhangen met de herziening van de sturing in de zorg. Met deze mutatie worden die middelen overgeboekt naar het juiste beleidsartikel.	750	2 250	250			
Overheveling van artikel 99 in verband met het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van instellingssubsidies.	1 400					
Overheveling van artikel 99 in verband met heroïne-experimenten. In het Hoofdlijnenakkoord is opgenomen dat de 6 steden met de 300 behandelplaatsen mogen doorgaan met de verstrekking van heroïne onder medisch toezicht.	3 500	2 500	1 000			
Overheveling naar artikel 22.		– 3 500				
Overheveling naar artikel 99 in verband met vervroegde afkoop van instellingssubsidies.		– 1 400				
Overheveling van/naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		3 730	– 1 002	608	460	460

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004	3 467,5	3 566,2	3 690,1	3 771,5	3 782,6	3 782,6
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004	123,9	123,9	123,9	123,9	123,9	123,9
Nieuwe mutaties	– 56,8	– 121,2	– 173,9	– 242,9	– 242,9	– 242,9
Nieuwe nominale wijzigingen	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6
Nieuwe bouwmutaties	0,8	– 38,8	– 61,8	– 21,3	– 11,2	0,5
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	3 587,0	3 581,7	3 629,9	3 682,8	3 704,0	3 715,7
B. Financiering						
AWBZ	3 480,0	3 492,4	3 540,6	3 593,5	3 614,7	3 626,4
Eigen betalingen AWBZ	89,3	89,3	89,3	89,3	89,3	89,3
Mutatie financieringsachterstand	17,7					
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	3 569,3	3 581,7	3 629,9	3 682,8	3 704,0	3 715,7
BKZ-ontvangsten	89,3	89,3	89,3	89,3	89,3	89,3
Netto BKZ-uitgaven	3 480,0	3 492,4	3 540,6	3 593,5	3 614,7	3 626,4

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2004 Uit de evaluatie 2003 bleek dat in de GGZ niet de gehele geraamde stijging in de productieafspraken gerealiseerd was. Wel mocht op basis van de groei in 2003 verwacht worden dat het productieniveau in 2004 € 111,8 miljoen hoger zou komen te liggen dan begroot. Het niveau van de productieafspraken in 2004 zoals die tot op heden zijn gemaakt, ligt daar nog iets boven. Met de maatregel beheerste groei, die naar aanleiding van de sterke productiegroei in de AWBZ is genomen, kan er vooralsnog van uitgegaan worden dat de productie op het niveau blijft van de huidige afspraken.	119,0	119,0	119,0	119,0	119,0	119,0
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties Ter beheersing van de AWBZ-uitgaven is besloten het uitgavenniveau in de komende jaren te beperken. Aanbieders van AWBZ-zorg en zorgkantoren mogen in principe geen aanvullende productieafspraken maken boven het niveau van de per 1 maart 2004 reeds goedgekeurde productieafspraken. In verband daarmee valt de oploop in de groeiruimte op dit artikel vrij. Voor mogelijke budgettaire knelpunten zijn op het beleidsartikel 25 (AWBZ-brede zorg) middelen gereserveerd.	– 38,7	– 78,1	– 130,8	– 199,8	– 199,8	– 199,8
In het kader van de inwerkingtreding van de Wet op de Jeugdzorg wordt vanaf 2005 structureel € 25,0 miljoen overgeheveld van de AWBZ naar de doeluitkering Bureau Jeugdzorg.		– 25,0	– 25,0	– 25,0	– 25,0	– 25,0
Met ingang van de VWS-begroting 2005 worden alle middelen voor Persoonsgebonden Budgetten gepresenteerd en verantwoord op artikel 25. In verband daarmee vindt deze overheveling naar artikel plaats.	– 18,1	– 18,1	– 18,1	– 18,1	– 18,1	– 18,1
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op het niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor de jaren 2005 tot en met 2009. De tranche 2004 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 51,6 miljoen.	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6	51,6
Toelichting nieuwe bouwmutaties Deze mutatie is het saldo van diverse ontwikkelingen in de bouwramingen. In de eerste plaats zijn de ramingen voor de exploitatiegevolgen van WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw aangepast op basis van een actualisatie van het bouwprogramma. Daarbij is nu ook rekening gehouden met de zogenoemde «trekkingsrechten» die instellingen hebben opgebouwd en die bij een vergunningsplichtig project dienen te worden ingebracht (zie voor een nadere toelichting de bijlage FBZ, paragraaf bouw). Voorts is de raming van de benutting van die trekkingsrechten aangepast op basis van actuele informatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.	0,8	– 38,8	– 61,8	– 21,3	– 11,2	0,5

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1625	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		20 583	18 555	18 609	18 485	18 485	
Mutatie 1e suppletore wet		1 181	3 160	3 160	– 40	– 40	
Nieuwe mutaties		14 212	153 409	136 409	124 409	124 409	
Nieuwe nominale wijzigingen		287	284	285	283	283	
Stand ontwerpbegroting 2005	27 738	36 263	175 408	158 463	143 137	143 137	143 137

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1625	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		20 583	18 555	18 609	18 485	18 485	
Mutatie 1e suppletore wet		1 181	3 160	3 160	– 40	– 40	
Nieuwe mutaties		14 212	153 409	136 409	124 409	124 409	
Nieuwe nominale wijzigingen		287	284	285	283	283	
Stand ontwerpbegroting 2005	29 855	36 263	175 408	158 463	143 137	143 137	143 137

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1625	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Stand ontwerpbegroting 2005	468						

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor niet-geïndiceerd gebruik AWBZ.	4 500					
Overheveling vanuit het gemeentefonds voor het centraliseren van de indicatiestelling.		81 309	81 309	81 309	81 309	81 309
Verhoging van de uitgavenraming voor de omvorming van de 79 Regionale Indicatie Organen (Rio's) tot een landelijke gecentraliseerde organisatie voor de indicatiestelling. Daarnaast betreft het de benodigde extra middelen voor het goed uitvoeren van deze indicatiestelling.	4 000	72 000	55 000	43 000	43 000	43 000
Overheveling van artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		3 200	3 200			

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004						
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004						
Nieuwe mutaties	1 085,2	1 352,3	1 998,8	2 677,2	2 715,2	2 715,2
Nieuwe nominale mutaties	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	1 092,6	1 359,7	2006,2	2 684,6	2 722,6	2 722,6
B. Financiering						
AWBZ	1 092,6	1 359,7	2006,2	2 684,6	2 722,6	2 722,6
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	1 092,6	1 359,7	2006,2	2 684,6	2 722,6	2 722,6
BKZ-ontvangsten						
Netto BKZ-uitgaven	1 092,6	1 359,7	2006,2	2 684,6	2 722,6	2 722,6
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Voor 2004 en de jaren daarna houdt het kabinet vast aan beheersing van de AWBZ-uitgaven, maar biedt het tegelijkertijd ruimte voor (demografische) groei en het oplossen van specifieke knelpunten. De groei wordt mede mogelijk gemaakt door binnen het beschikbare budget voor de AWBZ-zorg vanaf 2005 extra productie te realiseren, zoals in het convenant met de organisaties van zorgaanbieders is afgesproken.	202,7	518,3	1 154,8	1 828,2	1 856,2	1 856,2
Om de administratieve lasten in de AWBZ terug te dringen zullen de budgetten of de tarieven van de aanbieders in de AWBZ vanaf 1 januari 2005 op grond van het rapport van de Commissie Terugdringing Administratieve Lasten neerwaarts worden bijgesteld. Dit levert een structurele besparing van € 30 miljoen op.		– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0
Door het laten indiceren van mensen die op dit moment niet rechtsgeldige thuiszorg ontvangen, wordt verwacht dat de uitgaven voor de thuiszorg de komende jaren zullen dalen met de hier weergegeven reeks.	– 6,5	– 25,0	– 15,0	– 10,0		
Met ingang van de VWS-begroting 2005 worden alle middelen voor Persoonsgebonden Budgetten gepresenteerd en verantwoord op artikel 25. In verband daarmee vindt deze overheveling vanuit de artikelen 24, 26 en 27 plaats, waarvan € 268,5 miljoen afkomstig is uit de groeiruimte op deze artikelen.	889,0	889,0	889,0	889,0	889,0	889,0
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op het niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor de jaren 2005 tot en met 2009. De tranche 2004 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 7,4 miljoen.	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1626	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		21 562	17 306	17 250	15 808	15 808	
Mutatie 1e suppletore wet		– 2 856	– 1 557	– 419	– 279	– 279	
Nieuwe mutaties		38	1 352	1 314	2 383	2 069	
Nieuwe nominale wijzigingen		511	222	226	201	202	
Stand ontwerpbegroting 2005	20 547	19 255	17 323	18 371	18 113	17 800	17 500

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1626	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		22 254	17 347	17 591	15 808	15 808	
Mutatie 1e suppletore wet		– 2 856	– 1 557	– 419	– 279	– 279	
Nieuwe mutaties		38	1 352	1 178	2 383	2 069	
Nieuwe nominale wijzigingen		290	223	226	201	202	
Stand ontwerpbegroting 2005	23 466	19 726	17 365	18 576	18 113	17 800	17 500

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1626	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		182	182	182	182	182	
Stand ontwerpbegroting 2005	1 059	182	182	182	182	182	182

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling van artikel 38 voor de financiering van voorlichting over en monitoring en evaluatie van het tijdelijke besluit Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU).	350	700	700	300	300	
Overheveling naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		187	18	1 624	1 310	1 310

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004	5 672,0	5 871,1	6 066,3	6 255,4	6 274,1	6 274,1
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004	243,2	243,2	243,2	243,2	243,2	243,2
Nieuwe mutaties	– 261,6	– 333,5	– 418,7	– 491,0	– 491,0	– 491,0
Nieuwe nominale wijzigingen	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8
Nieuwe bouwmutaties		– 2,4	11,1	26,5	46,3	78,3
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	5 707,4	5 832,2	5 955,7	6 087,9	6 126,4	6 158,4
B. Financiering						
AWBZ	4 507,1	4 458,1	4 498,5	4 540,0	4 578,5	4 610,5
ZFW	826,2	886,2	950,1	1 019,9	1 019,9	1 019,9
Particuliere verzekering	236,2	254,7	273,8	294,7	294,7	294,7
Eigen betalingen AWBZ	233,3	233,3	233,3	233,3	233,3	233,3
Mutatie financieringsachterstand	– 95,4					
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg	**5 802,8**	**5 832,2**	**5 955,7**	**6 087,9**	**6 126,4**	**6 158,4**
Bruto BKZ-uitgaven	233,3	233,3	233,3	233,3	233,3	233,3
BKZ-ontvangsten	5 569,5	5 598,9	5 722,4	5 854,6	5 893,1	5 925,1
Netto BKZ-uitgaven	5 672,0	5 871,1	6 066,3	6 255,4	6 274,1	6 274,1
Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2004						
Uit de evaluatie van de hulpmiddelenuitgaven 2003 blijkt een structurele tegenvaller.	45,4	45,4	45,4	45,4	45,4	45,4
Uit de evaluatie 2003 bleek dat het productieniveau in 2003 in de gehandicaptenzorg € 89,3 miljoen boven het geraamde niveau is uitgekomen. Op basis van de groei in 2003 mocht verwacht worden dat door de verdere stijging van het productieniveau in 2004 een tegenvaller van nog eens € 216,6 miljoen zou ontstaan. Het niveau van de productieafspraken in 2004 zoals die tot op heden zijn gemaakt, ligt daar € 124,9 onder. Met de maatregel beheerste groei, die naar aanleiding van de sterke productiegroei in de AWBZ is genomen, kan er vooralsnog van uitgegaan worden dat de productie op het niveau blijft van de huidige afspraken.	181,0	181,0	181,0	181,0	181,0	181,0
Aanpassing vanwege betalingen aan instellingen voor bovenbudgettaire vergoedingen (specifiek aangepaste hulpmiddelen en tandheelkundige hulp voor bewoners van AWBZ-instellingen). Met deze betalingen was voorheen geen rekening gehouden.	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Ter beheersing van de AWBZ-uitgaven is besloten het uitgavenniveau in de komende jaren te beperken. Aanbieders van AWBZ-zorg en zorgkantoren mogen in principe geen aanvullende productieafspraken maken boven het niveau van de reeds goedgekeurde productieafspraken per 1 maart 2004. In verband daarmee valt de oploop in de groeiruimte op dit artikel vrij. Voor mogelijke budgettaire knelpunten zijn op het beleidsartikel 25 (AWBZ-brede zorg) middelen gereserveerd.	– 92,4	– 163,7	– 248,9	– 321,2	– 321,2	– 321,2
Uit geactualiseerde realisatiecijfers van de uitgaven voor hulpmiddelen over het jaar 2003 volgt een structurele meevaller van € 0,8 miljoen.	– 0,8	– 0,8	– 0,8	– 0,8	– 0,8	– 0,8

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Met ingang van de VWS-begroting 2005 worden alle middelen voor Persoonsgebonden Budgetten gepresenteerd en verantwoord op artikel 25. In verband daarmee vindt deze overheveling naar artikel 25 plaats.	– 157,6	– 157,6	– 157,6	– 157,6	– 157,6	– 157,6
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op het niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor de jaren 2005 tot en met 2009. De tranche 2004 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 53,8 miljoen.	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8
Toelichting nieuwe bouwmutaties Deze reeks is het saldo van diverse ontwikkelingen in de bouwramingen. In de eerste plaats zijn de ramingen voor de exploitatiegevolgen van WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw aangepast op basis van een actualisatie van het bouwprogramma. Daarbij is nu ook rekening gehouden met de zogenoemde «trekkingsrechten» die instellingen hebben opgebouwd en die bij een vergunningsplichtig project dienen te worden ingebracht (zie voor een nadere toelichting de bijlage FBZ, paragraaf 3.2 Bouw). Voorts is de raming van de benutting van die trekkingsrechten aangepast op basis van actuele informatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.		– 2,4	11,1	26,5	46,3	78,3

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1627	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		29 649	18 935	19 932	20 761	21 059	
Mutatie 1e suppletore wet		– 6 670	2 599	74	73	73	
Nieuwe mutaties		454	– 5 209	– 7 561	– 7 980	– 8 300	
Nieuwe nominale wijzigingen		391	170	157	197	200	
Stand ontwerpbegroting 2005	23 884	23 824	16 495	12 602	13 051	13 032	13 032

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1627	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		30 485	19 840	20 812	21 059	21 059	
Mutatie 1e suppletore wet		– 5 246	2 475	73	73	73	
Nieuwe mutaties		165	– 5 209	– 7 277	– 7 980	– 8 300	
Nieuwe nominale wijzigingen		265	181	178	200	200	
Stand ontwerpbegroting 2005	22 244	25 669	17 287	13 786	13 352	13 032	13 032

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1627	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Nieuwe mutaties		50					
Stand ontwerpbegroting 2005	810	50					

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
De Wet Maatschappelijke Zorg is in voorbereiding. Het streven is dat deze wet per 1 januari 2006 in werking zal treden. Hiervoor worden in 2005 middelen gereserveerd.		700				
Extra uitgaven in verband met het tweejarige implementatietraject voor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Het streven is dat deze wet per 1 januari 2006 in werking zal treden (mutatie uit eerste suppletore wet).	2 300	2 300				
Overheveling naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid		– 5 909	– 7 277	– 7 980	– 8 300	– 8 300

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004	**11 593,8**	**12 153,3**	**12 853,4**	**13 370,5**	**13 396,5**	**13 396,5**
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004	59,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
Nieuwe mutaties	– 600,6	– 1 062,2	– 1 654,7	– 2 083,8	– 2 083,8	– 2 083,8
Nieuwe nominale wijzigingen	132,8	132,8	132,8	132,8	132,8	132,8
Nieuwe bouwmutaties	1,1	– 3,0	– 2,1	2,8	6,8	6,4
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	11 186,1	11 239,9	11 348,4	11 441,3	11 471,3	11 470,9
B. Financiering (x € mln)						
AWBZ	9 898,3	9 831,6	9 940,1	10 033,0	10 063,0	10 062,6
Eigen betalingen AWBZ	1 408,3	1 408,3	1 408,3	1 408,3	1 408,3	1 408,3
Mutatie financieringsachterstand	– 120,5					
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x € mln)						
Bruto BKZ-uitgaven	11 306,6	11 239,9	11 348,4	11 441,3	11 471,3	11 470,9
BKZ-ontvangsten	1 408,3	1 408,3	1 408,3	1 408,3	1 408,3	1 408,3
Netto BKZ-uitgaven	9 898,3	9 831,6	9 940,1	10 033,0	10 063,0	10 062,6
Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2004						
Op grond van de uitkomsten van een onafhankelijk onderzoek is besloten voor de verpleeghuizen en de thuiszorginstellingen in 2004 een bedrag van € 40 miljoen voor zorgvernieuwing beschikbaar te stellen.	40,0					
Aanpassing vanwege betalingen aan instellingen voor bovenbudgettaire vergoedingen (specifiek aangepaste hulpmiddelen en tandheelkundige hulp voor bewoners van AWBZ-instellingen). Met deze betalingen was voorheen geen rekening gehouden.	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Ter beheersing van de AWBZ-uitgaven is besloten het uitgavenniveau in de komende jaren te beperken. Aanbieders van AWBZ-zorg en zorgkantoren mogen in principe geen aanvullende productieafspraken maken boven het niveau van de reeds goedgekeurde productieafspraken per 1 maart 2004. In verband daarmee valt de oploop in de groeiruimte op dit artikel vrij. Voor mogelijke budgettaire knelpunten zijn op het beleidsartikel 25 (AWBZ-brede zorg) middelen gereserveerd.	– 206,1	– 662,6	– 1 255,1	– 1 684,2	– 1 684,2	– 1 684,2
Met ingang van de VWS-begroting 2005 worden alle middelen voor Persoonsgebonden Budgetten gepresenteerd en verantwoord op artikel 25. In verband daarmee vindt deze overheveling naar artikel 25 plaats.	– 394,5	– 394,5	– 394,5	– 394,5	– 394,5	– 394,5
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op het niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor de jaren 2005 tot en met 2009. De tranche 2004 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 132,8 miljoen.	132,8	132,8	132,8	132,8	132,8	132,8

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Toelichting nieuwe bouwmutaties Deze reeks is het saldo van diverse ontwikkelingen in de bouwramingen. In de eerste plaats zijn de ramingen voor de exploitatiegevolgen van WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw aangepast op basis van een actualisatie van het bouwprogramma. Daarbij is nu ook rekening gehouden met de zogenoemde «trekkings-rechten» die instellingen hebben opgebouwd en die bij een vergunningsplichtig project dienen te worden ingebracht (zie voor een nadere toelichting de bijlage FBZ, paragraaf 3.2 Bouw). Voorts is de raming van de benutting van die trekkingsrechten aangepast op basis van actuele informatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.	1,1	– 3,0	– 2,1	2,8	6,8	6,4

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1628	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		63 253	63 353	63 353	63 353	63 353	
Mutatie 1e suppletore wet		15 014	6 999	6 999	6 999	6 999	
Nieuwe mutaties			1 000	2000	2000	2000	
Nieuwe nominale wijzigingen		5	5	5	5	5	
Stand ontwerpbegroting 2005	69 261	78 272	71 357	72 357	72 357	72 357	72 357

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1628	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		63 480	63 353	63 353	63 353	63 353	
Mutatie 1e suppletore wet		14 569	6 999	6 999	6 999	6 999	
Nieuwe mutaties			1 000	2000	2000	2000	
Nieuwe nominale wijzigingen		5	5	5	5	5	
Stand ontwerpbegroting 2005	74 308	78 054	71 357	72 357	72 357	72 357	72 357

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1628	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Mutatie 1e suppletore wet		7 570					
Stand ontwerpbegroting 2005	828	7 570					

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verhoging van de uitgavenraming bij de uitvoering van het Besluit rijksvergoeding Wvg-woonvoorzieningen (dure woningaanpassingen). Naar verwachting komen de uitgaven voor de dure woningaanpassingen in 2004 uit op het niveau van 2003. Daarin was in de raming niet voorzien (mutatie uit eerste suppletore wet).	7 000	8 000	9 000	9 000	9 000	9 000

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1629	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		150 781	75 480	72 323	72 871	72 871	
Mutatie amendementen		– 1 300	– 1 300				
Mutatie 1e suppletore wet		22 786	– 3 734	– 5 100	– 5 100	– 5 100	
Nieuwe mutaties		801	– 1 038	– 20 699	– 30 645	– 30 643	
Nieuwe nominale wijzigingen		4 829	1 118	1 092	1 099	1 099	
Stand ontwerpbegroting 2005	132 534	177 897	70 526	47 616	38 225	38 227	38 227

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1629	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		160 415	75 714	72 323	72 871	72 871	
Mutatie amendementen		– 1 300	– 1 300				
Mutatie 1e suppletore wet		22 837	– 3 734	– 5 100	– 5 100	– 5 100	
Nieuwe mutaties		7 491	– 7 734	– 20 695	– 30 643	– 30 643	
Nieuwe nominale wijzigingen		2 302	1 139	1 092	1 099	1 099	
Stand ontwerpbegroting 2005	197 252	191 745	64 085	47 620	38 227	38 227	38 227

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1629	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		28	28	28	28	28	
Stand ontwerpbegroting 2005	8 131	28	28	28	28	28	28

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling vanuit de premiemiddelen in verband met het voornemen van VWS om de subsidierelatie met de sectorfondsen te beëindigen (mutatie uit eerste suppletore wet).	25 000	– 5 000	– 5 000	– 5 000	– 5 000	– 5 000
Deze mutatie vloeit voort uit de verwerking van de afspraken die zijn gemaakt met de sociale partners over de beëindiging van de subsidierelatie met de sectorfondsen (taakstelling op arbeidsmarktbeleid in het hoofdlijnenakkoord).		18 600	– 28 000	– 28 000	– 28 000	
Overheveling van artikel 31. Bij eerste suppletore wet zijn middelen beschikbaar gesteld voor diverse activiteiten die samenhangen met de herziening van de sturing in de zorg. Met deze mutatie worden die middelen overgeboekt naar het juiste beleidsartikel.	1 016					
Overheveling van artikel 98. Bij eerste suppletore wet zijn middelen beschikbaar gesteld voor diverse activiteiten die samenhangen met de herziening van de sturing in de zorg. Met deze mutatie worden die middelen overgeboekt naar het juiste beleidsartikel.	157	580				
Overheveling van artikel 99 in verband met het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van sectorfondsen.	6 700					
Overheveling naar artikel 99 in verband met vervroegde afkoop van instellingssubsidies.		– 6 700				
Overheveling van/naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		28	– 1 735	– 2 283	– 2 283	– 2 283

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1630	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		172 406	173 848	179 597	191 097	191 098	
Mutatie 1e suppletore wet		11 658	5 482	5 714	5 714	5 714	
Nieuwe mutaties		20 995	18 746	19 523	16 250	16 291	
Nieuwe nominale wijzigingen		5 313	2 609	2 682	2 825	2 827	
Stand ontwerpbegroting 2005	186 508	210 372	200 685	207 516	215 886	215 930	216 217

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1630	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		195 697	197 203	199 388	191 097	191 098	
Mutatie 1e suppletore wet		11 658	5 482	5 714	5 714	5 714	
Nieuwe mutaties		18 974	19 449	20 226	16 578	16 578	
Nieuwe nominale wijzigingen		2 850	2 890	2 921	2 825	2 827	
Stand ontwerpbegroting 2005	179 742	229 179	225 024	228 249	216 214	216 217	216 217

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1630	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		1 083	1 083	1 083	1 083	1 083	
Mutatie 1e suppletore wet		6 300					
Stand ontwerpbegroting 2005	11 015	7 383	1 083	1 083	1 083	1 083	1 083

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor abortusklinieken in verband met aanpassing van het budget naar het structurele uitgavenniveau.	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
Overheveling vanuit de premiemiddelen ten behoeve van projecten ter reductie van de administratieve lasten.	13 300					
Verhoging van de uitgavenraming voor de ontwikkeling en vormgeving van het opleidingsfonds en hogere uitgaven om het volume van opleidingsplaatsen in ziekenhuizen te handhaven (zie ook eerste suppletore wet).	4 000	9 536	9 536	9 536	9 536	9 536
Verhoging van de uitgavenraming. VWS wil ervoor zorgdragen dat partijen in het veld een portalorganisatie realiseren, die informatie over de zorg aan burgers gaat verstrekken via internet, telefoon en fysieke loketten.		5 254	4 000	3 000	3 000	3 000
Overheveling van artikel 31. Bij eerste suppletore wet zijn middelen beschikbaar gesteld voor diverse activiteiten die samenhangen met de herziening van de sturing in de zorg. Met deze mutatie worden die middelen overgeboekt naar het juiste beleidsartikel.	600	2 800	6 075			
Overheveling van artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		1 291	515	4 042	4 042	4 042

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1631	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		1 448					
Mutatie 1e suppletore wet		5 487	5 487	4 191	190	190	
Nieuwe mutaties		– 2 697	13 663	39	810	810	
Stand ontwerpbegroting 2005	1 107	4 238	19 150	4 230	1 000	1 000	1 000

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1631	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		1 448					
Mutatie 1e suppletore wet		5 487	5 487	4 191	190	190	
Nieuwe mutaties		– 2 697	13 663	39	810	810	
Stand ontwerpbegroting 2005	1 089	4 238	19 150	4 230	1 000	1 000	1 000

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1631	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Stand ontwerpbegroting 2005							

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling vanuit de premiemiddelen. Het hoofdlijnenakkoord bevat een taakstelling op de zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) welke was geboekt op dit beleidsartikel. De taakstelling wordt echter in de premie gerealiseerd.	810	810	810	810	810	810
Verhoging van de uitgavenraming. In het kader van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de geleidelijke invoering van gereguleerde marktwerking in de zorg worden middelen vrijgemaakt voor het project Toekomst Zorgstelsel. Deze middelen worden aangewend voor voorbereiding en coördinatie van de besluitvorming, begeleiding van de invoering van de Zorgverzekeringswet en communicatie.		21 055	6 234			
Verhoging van de uitgavenraming. Ter voorbereiding van de in 2006 op te richten Zorgautoriteit, wordt het College Tarieven Gezondheidszorg versterkt met een vernieuwende projecteenheid (Kamerbrief november 2003).		1 269				
Bij eerste suppletore wet zijn middelen beschikbaar gesteld voor diverse activiteiten (i.c. zorgautoriteit) die samenhangen met de herziening van de sturing in de zorg. Met deze mutatie worden die middelen overgeboekt naar de premiemiddelen.		– 2 285				
Overheveling naar artikel 24.	– 750	– 2 250	– 250			
Overheveling naar artikel 29.	– 1 016					
Overheveling naar artikel 30.	– 600	– 2 800	– 6 075			
Overheveling naar artikel 98.	– 686	– 1 756	– 580			

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004	1 259,1	1 275,9	1 287,2	1 298,6	1 298,6	1 298,6
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004	– 4,6	– 4,6	– 4,6	– 4,7	– 4,7	– 4,7
Nieuwe mutaties	– 26,8	– 31,6	– 45,2	– 46,8	– 46,8	– 46,8
Nieuwe nominale wijzigingen	18,6	18,6	18,6	18,6	18,6	18,6
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	1 246,3	1 258,3	1 256,0	1 265,7	1 265,7	1 265,7
B. Financiering						
AWBZ	200,3	202,8	204,0	205,3	205,3	205,3
ZFW	496,6	500,3	495,1	499,4	499,7	499,7
Particuliere verzekering	536,4	542,2	543,9	548,0	547,7	547,7
Eigen betalingen AWBZ	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	1 246,3	1 258,3	1 256,0	1 265,7	1 265,7	1 265,7
BKZ-ontvangsten	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Netto BKZ-uitgaven	1 233,3	1 245,3	1 243,0	1 252,7	1 252,7	1 252,7
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Uit de herziene afrekening 2003 van de beheerskosten PGB's blijkt de in de 1e Suppletore Wet gemelde tegenvaller minder groot uit te vallen.	– 4,8	– 4,8	– 4,8	– 4,8	– 4,8	– 4,8
In het kader van de invulling van de taakstelling administratieve lasten (commissie De Beer) worden de beheerskosten ZFW en particulier verzekerden structureel met € 24,8 miljoen gekort. Daarnaast wordt vanaf 2005 de groeiruimte op dit artikel met € 2,2 miljoen verlaagd.	– 24,8	– 27,0	– 27,0	– 27,0	– 27,0	– 27,0
Deze mutatie betreft de korting op de ZBO's die volgt uit het Hoofdlijnenakkoord.	– 0,8	– 2,1	– 3,4	– 5,0	– 5,0	– 5,0
De invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) leidt tot meeruitgaven bij de belastingdienst. Met het oog hierop wordt vanaf 2006 structureel € 10 miljoen overgeheveld naar het ministerie van Financiën.			– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 10,0
Overheveling vanuit de VWS-begroting ten behoeve van de oprichting van een Zorgautoriteit in 2006.		2,3				
Overheveling vanuit de VWS-begroting ten behoeve van extra uitgaven van het CTG in verband met de invoering van DBC's (Diagnose behandelcombinaties).	1,1					
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op het niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor de jaren 2005 tot en met 2009. De tranche 2004 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 18,6 miljoen.	18,6	18,6	18,6	18,6	18,6	18,6

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1632	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		8 118 287	8 376 671	9 000 448	9 361 719	9 361 719	
Mutatie 1e suppletore wet		5 703	2 164	2 164	2 164	2 164	
Nieuwe mutaties		200 000	– 220 157	– 613 735	– 654 705	– 540 005	
Nieuwe nominale wijzigingen		38 160	39 421	39 425	39 427	39 427	
Stand ontwerpbegroting 2005	6 842 903	8 415 450	8 198 099	8 428 302	8 748 605	8 863 305	8 863 305

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1632	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		8 118 287	8 376 671	9 000 448	9 361 719	9 361 719	
Mutatie 1e suppletore wet		5 703	2 164	2 164	2 164	2 164	
Nieuwe mutaties		200 000	– 220 157	– 613 735	– 654 705	– 540 005	
Nieuwe nominale wijzigingen		38 160	39 421	39 425	39 427	39 427	
Stand ontwerpbegroting 2005	6 842 903	8 415 450	8 198 099	8 428 302	8 748 605	8 863 305	8 863 305

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1632	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Stand ontwerpbegroting 2005	252						

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verhoging van het uitgavenkader. Er wordt eenmalig een extra rijksbijdrage verstrekt aan de ZFW om de nominale ziekenfondspremie in 2004 te beperken (najaarsakkoord).	200 000					
De Bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) compenseert de premiederving door de grondslagverkleining voor de premieheffing van onder andere de AWBZ. Deze grondslagverkleining trad op na de invoering van het nieuwe belastingstelsel. De hoogte van de BIKK is afhankelijk van de mate waarin heffingskortingen leiden tot reductie van de premieontvangsten bij het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De opwaartse bijstelling in 2004 resulteert uit de verhoging van de AWBZ-premie per 1 juli 2004. Daardoor wordt een groter deel van deheffingskortingen toegerekend aan de AWBZ-premies. De neerwaartse bijstelling van de BIKK in 2005 is het gevolg van de verhoging van het belastingtarief in de eerste schijf in 2005. Daardoor wordt een groter deel van de heffingskortingen toegerekend aan de belastingen en een kleiner deel aan de AWBZ-premies.	53 300	– 220 157	– 613 755	– 654 705	– 540 005	– 468 705

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1633	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		832 392	833 339	853 903	860 450	859 950	
Mutatie 1e suppletore wet		21 663	15 135	7 503	– 397	– 397	
Nieuwe mutaties		7 644	17 914	14 712	19 457	19 757	
Nieuwe nominale wijzigingen		22 958	11 507	11 810	11 837	11 831	
Stand ontwerpbegroting 2005	851 805	884 657	877 895	887 928	891 347	891 141	890 842

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1633	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		836 797	837 404	853 570	860 450	859 950	
Mutatie 1e suppletore wet		– 435	3 235	– 397	– 397	– 397	
Nieuwe mutaties		6 208	16 950	17 112	19 457	19 757	
Nieuwe nominale wijzigingen		11 514	11 524	11 744	11 837	11 831	
Stand ontwerpbegroting 2005	821 509	854 084	869 113	882 029	891 347	891 141	890 842

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1633	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		7 576	7 530	7 530	7 530	7 530	
Nieuwe mutaties		10					
Stand ontwerpbegroting 2005	14 178	7 586	7 530	7 530	7 530	7 530	7 530

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verhoging van de uitgavenraming. In het kader van de inwerkingtreding van de Wet op de Jeugdzorg wordt structureel een vastgesteld bedrag overgeheveld van de AWBZ naar de doeluitkering Bureau Jeugdzorg voor de intakefunctie voor jeugd-GGZ.		25 000	25 000	25 000	25 000	25 000
Overheveling van artikel 99 in verband met het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van instellings-subsidies.	3 364					
Overheveling naar artikel 99 in verband met vervroegde afkoop van instellingssubsidies.		– 3 364				
Overheveling naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.	– 769	– 5 046	– 8 248	– 5 903	– 5 603	– 5 603

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1634	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		52 765	59 331	58 387	57 650	57 667	
Mutatie 1e suppletore wet		– 10 671	– 8 224	– 8 100	– 7 544	– 7 544	
Nieuwe mutaties		738	– 11 296	– 12 609	– 12 057	– 12 072	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 323	699	675	695	703	
Stand ontwerpbegroting 2005	59 208	44 155	40 510	38 353	38 744	38 754	38 756

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1634	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		65 141	59 339	59 826	57 806	57 806	
Mutatie 1e suppletore wet		– 8 698	– 7 668	– 7 544	– 7 544	– 7 544	
Nieuwe mutaties		1 195	– 10 958	– 12 644	– 12 058	– 12 211	
Nieuwe nominale wijzigingen		752	702	718	697	706	
Stand ontwerpbegroting 2005	67 924	58 390	41 415	40 356	38 901	38 757	38 756

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1634	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Stand ontwerpbegroting 2005	4 737						

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overboeking naar het ministerie van Binnenlandse Zaken ten behoeve van het project Instituut voor Publiek en Politiek		– 1 136	– 1 136	– 1 136	– 1 136	– 1 136
Overboeking naar het ministerie van Justitie in verband met overheveling van de stichting FORUM (mutatie uit eerste suppletore wet)		– 4 201	– 5 889	– 5 887	– 5 887	– 5 887
Overboeking naar het ministerie van Justitie in verband met overheveling van de stichting vluchtelingenwerk (mutatie uit eerste suppletore wet)		– 1 108	– 1 561	– 1 561	– 1 561	– 1 561
Overheveling van artikel 99 in verband met het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van instellings-subsidies.	688					
Overheveling naar artikel 99 in verband met vervroegde afkoop van instellingssubsidies.		– 688				
Overheveling naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		– 9 012	– 11 386	– 10 800	– 10 953	– 10 953

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1635	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		51 191	50 082	57 031	57 850	60 308	
Mutatie amendementen		2 600					
Mutatie 1e suppletore wet		– 2 336	– 2 213	– 8 880	– 4 780	– 4 552	
Nieuwe mutaties		10 841	10 258	15 244	13 730	14 233	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 148	464	537	544	563	
Stand ontwerpbegroting 2005	80 892	63 444	58 591	63 932	67 344	70 552	73 392

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1635	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		67 301	60 989	65 130	61 679	61 679	
Mutatie amendementen		2 600					
Mutatie 1e suppletore wet		– 557	2 515	– 4 552	– 4 552	– 4 552	
Nieuwe mutaties		4 972	9 003	18 979	16 891	15 691	
Nieuwe nominale wijzigingen		623	560	605	574	573	
Stand ontwerpbegroting 2005	73 130	74 939	73 067	80 162	74 592	73 391	73 392

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1635	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		31	31	31	31	31	
Stand ontwerpbegroting 2005	725	31	31	31	31	31	31

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling van LNV in verband met subsidieverlening aan de Koninklijke Nederlandse Hippische Sportfederatie.	593	468	466	466	466	466
Overheveling naar artikel 21.	– 568					
Overheveling van artikel 99 in verband met het eerder dan geraamd betalen van de in 2005 voorziene uitgaven voor de afkoop van instellingssubsidies.	5 063					
Overheveling naar artikel 99 in verband met vervroegde afkoop van instellingssubsidies.		– 5 063				
Overheveling van artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		13 598	18 512	16 208	15 008	15 008

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1636	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		395 198	373 085	353 279	331 920	328 297	
Mutatie 1e suppletore wet		17 313	12 766	12 308	11 488	11 375	
Nieuwe mutaties		496	482	473	510	406	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 298	532	569	544	544	
Stand ontwerpbegroting 2005	439 855	414 305	386 865	366 629	344 462	340 662	340 412

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1636	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		396 850	374 719	353 418	331 920	328 297	
Mutatie 1e suppletore wet		15 230	13 695	12 895	12 075	11 375	
Nieuwe mutaties		496	469	473	510	406	
Nieuwe nominale wijzigingen		632	590	571	544	544	
Stand ontwerpbegroting 2005	443 021	413 208	389 473	367 357	345 049	340 622	340 412

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1636	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Stand ontwerpbegroting 2005	3 033						

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verhoging van de uitgavenraming. De uitkeringen zijn hoger in verband met de jaarlijkse indexering van de pensioenen en uitkeringen die op basis van de wetten aan oorlogsgetroffenen worden verstrekt (mutatie uit eerste suppletore wet).	12 530	11 830	11 030	10 330	9 630	9 630

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1637	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		40 629	40 428	40 026	40 146	40 146	
Mutatie 1e suppletore wet		5 477	340	395	374	284	
Nieuwe mutaties		– 290	1 079	82	– 203	– 210	
Nieuwe nominale wijzigingen		440	427	422	423	423	
Stand ontwerpbegroting 2005	32 920	46 256	42 274	40 925	40 740	40 643	40 189

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1637	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		40 766	40 428	40 026	40 146	40 146	
Mutatie 1e suppletore wet		5 477	340	395	374	284	
Nieuwe mutaties		– 290	1 079	82	– 203	– 210	
Nieuwe nominale wijzigingen		440	427	422	423	423	
Stand ontwerpbegroting 2005	33 189	46 393	42 274	40 925	40 740	40 643	40 189

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1637	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		470	470	470	470	470	
Stand ontwerpbegroting 2005	846	470	470	470	470	470	470

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hogere uitgaven ter dekking van kosten van het project «IGZ op orde» in het kader van de taakstelling Balkenende II.		1 478	561	430	423	423

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1638	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		89 000	93 000	98 000	104 000	104 000	
Mutatie 1e suppletore wet		– 8 656	– 3 156				
Nieuwe mutaties		– 350	– 700	– 700	– 300	– 300	
Nieuwe nominale wijzigingen		56	56	56	56	56	
Stand ontwerpbegroting 2005		80 050	89 200	97 356	103 756	103 756	104 056

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1638	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		89 000	93 000	98 000	104 000	104 000	
Mutatie 1e suppletore wet		– 8 656	– 3 156				
Nieuwe mutaties		– 350	– 700	– 700	– 300	– 300	
Nieuwe nominale wijzigingen		56	56	56	56	56	
Stand ontwerpbegroting 2005		80 050	89 200	97 356	103 756	103 756	104 056

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1638	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2005		0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Overheveling naar artikel 26.	– 350	– 700	– 700	– 300	– 300	

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1698	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		146 317	143 336	139 871	139 647	139 647	
Mutatie 1e suppletore wet		16 868	– 1 174	223	– 60	– 60	
Nieuwe mutaties		– 1 192	572	– 770	1 027	1 234	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 095	1 064	1 085	1 085	1 085	
Stand ontwerpbegroting 2005	276 680	163 088	143 798	140 409	141 699	141 906	143 114

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1698	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		146 729	143 445	139 949	139 647	139 647	
Mutatie 1e suppletore wet		15 147	1 750	1 801	1 918	1 918	
Nieuwe mutaties		988	– 2 294	– 2 348	– 951	– 744	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 095	1 064	1 085	1 085	1 085	
Stand ontwerpbegroting 2005	276 441	163 959	143 965	140 487	141 699	141 906	143 114

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1698	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		11 521	2 756	2 756	2 756	2 756	
Mutatie 1e suppletore wet		8 110	– 40	– 40	– 40	– 40	
Nieuwe mutaties		1 211	– 134	– 134	– 134	– 134	
Stand ontwerpbegroting 2005	92 419	20 842	2 582	2 582	2 582	2 582	2 582

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verhoging van het uitgavenkader voor het aangaan van een partnership met de WHO naar aanleiding van recente epidemieën zoals SARS en vogelpest. Er worden programma's gefinancierd rond de thema's infectieziekten, bioterrorisme, obesitas, geneesmiddelenonderzoek en voedselveiligheid.		2000	4 000	6 000	6 000	6 000
Om invulling te geven aan de P&M-taakstelling van Balkenende II is het Plan Invulling Taakstelling (PIT) opgesteld. Om dit plan, inclusief de daarin opgenomen intensiveringen te kunnen uitvoeren, is een intertemporele compensatie nodig waarbij middelen van 2006 naar 2004 worden geschoven.	2 077		– 2 077			
Door middel van intertemporele compensatie worden incidentele knelpunten in 2004 en 2006 gedekt door ruimte in 2005.	486	– 1 231	745			
Deze boeking betreft het restant van een P&M-herschikking.			2 574	4 169	4 267	4 721
Overheveling van artikel 31. Bij eerste suppletore wet zijn middelen beschikbaar gesteld voor diverse activiteiten die samenhangen met de herziening van de sturing in de zorg. Met deze mutatie worden die middelen overgeboekt naar het juiste beleidsartikel.	686	1 756	580			
Overheveling naar artikel 21.	– 600					
Overheveling naar artikel 29.	– 157	– 580				
Overheveling naar artikel 99.	– 1 768	– 3 536	– 5 304	– 8 840	– 8 840	– 8 840
Overheveling naar artikel 99.	– 693	– 1 386	– 2 079	– 2 771	– 2 771	– 2 771
Overheveling naar artikel 99 in verband met herprioritering van het subsidiebeleid.		– 147	– 147	– 147	– 147	– 147
Desaldering in verband met bijdrage kinderopvang.	1 104					

Begroting

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1699	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		– 3 721	– 9 692	– 8 851	– 12 572	– 12 576	
Mutatie amendementen		– 500					
Mutatie 1e suppletore wet		81 951	46 298	78 257	90 303	90 302	
Nieuwe mutaties		32 455	67 589	31 515	32 110	34 151	
Nieuwe nominale wijzigingen		– 96 548	– 59 729	– 60 291	– 60 392	– 63 503	
Stand ontwerpbegroting 2005		13 637	– 7 758	40 630	49 449	48 374	47 749

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

U1699	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004		– 3 721	– 9 692	– 8 851	– 12 572	– 12 576	
Mutatie amendementen		– 500					
Mutatie 1e suppletore wet		81 956	46 298	78 257	90 303	90 302	
Nieuwe mutaties		– 27 605	26 849	16 482	16 732	15 663	
Nieuwe nominale wijzigingen		– 64 044	– 63 373	– 63 572	– 63 511	– 63 516	
Stand ontwerpbegroting 2005		– 13 914	82	22 316	30 952	29 873	29 249

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

M1699	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Stand ontwerpbegroting 2004							
Stand ontwerpbegroting 2005							

Overzicht aan ZBO's en RWT's

Bedragen x € 1 000

Art.	Naam	2004	2005
	Uit begrotingsmiddelen		
21	ZON		6 811
30	Patiëntenfonds		1 810
36	PUR		680
36	Commissie Oorlogsgetroffenen		680
36	ZBO's TTW		3 365
98	CCMO		1 056
	Uit premiemiddelen		
30	CBZ	12 881	
30	CTG	12 054	
30	CSZ	2 695	
31	CTZ	7 192	
31	CVZ	33 886	
31	SUO	2 646	
31	Uitvoeringsorganen AWBZ, inclusief CAK	133 561	
31	Ziekenfondsen	455 392	

Toelichting belangrijkste mutaties

Bedragen (x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Deze boeking betreft de invulling van de efficiency-taakstelling.	1 768	3 536	5 304	8 840	8 840	8 840
Deze boeking betreft de invulling van de taakstelling uitvoerende diensten.	693	1 386	2 079	2 771	2 771	2 771
In het Hoofdlijnenakkoord is een taakstelling inkoop en aanbesteding opgenomen (taakstelling PIA). Deze reeks heeft betrekking op het aandeel van VWS in deze taakstelling.	– 385	700	– 700	– 700	– 700	– 700
Overheveling van de artikelen 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 35 en 98. Deze reeks betreft de beleidsmatige reservering voor prioriteiten in het nieuwe subsidiebeleid, dat – hangende nadere concretisering – nog niet specifiek aan de artikelen kan worden toegedeeld.		14	19 374	29 887	28 813	28 188
Additionele efficiencytaakstelling uit julibrief-besluitvorming.		– 1 944	– 3 733	– 5 523	– 5 523	– 5 523
Dit betreft de invulling van een incidenteel P&M-knelpunt.		1 470				
Overheveling naar artikelen 21, 22, 24, 29, 33, 34 en 35 in verband met het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van instellingssubsidies, waarmee VWS de subsidierelatie zal beëindigen. Bij tweede suppletore wet zal de dekking ten laste van beleidsartikelen worden gepresenteerd.	– 26 112					
Overheveling van artikelen 21, 22, 24, 29, 33, 34 en 35. De middelen die vrijvallen door het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van instellingssubsidies zijn ingezet voor prioriteiten in het nieuwe subsidiebeleid.		26 112				
Overheveling naar artikel 21.		– 1 500				
Overheveling naar artikel 22.	– 600	– 600	– 600	– 600	– 600	– 600
Overheveling naar artikel 22.	– 650	– 650	– 650	– 650	– 650	– 650
Overheveling naar artikel 24.	– 3 500	– 2 500	– 1 000			
Toedeling van voornamelijk loonbijstellingen aan de diverse beleidsartikelen.	– 64 044	– 63 373	– 63 572	– 63 511	– 63 516	– 63 516

Premie

Bedragen in € 1 000 000

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2004						
Uitgavenniveau stand Begroting 2004	887,2	1 520,1	2 211,8	3 222,1	5 723,8	5 723,7
Mutaties 1e Suppletore Wet 2004	– 42,6	– 22,6	– 22,6	– 22,6	– 22,6	– 22,6
Nieuwe mutaties	15,7	163,0	162,7	162,7	149,6	1 486,3
Nieuwe nominale mutaties	– 612,0	– 1 071,0	– 1 266,6	– 1 452,4	– 1 517,5	– 260,9
Nieuwe bouwmutaties	– 3,4	30,5	13,9	– 74,1	– 18,7	33,4
Uitgavenniveau stand Begroting 2005	244,9	620,0	1 099,2	1 835,7	4 314,6	6 959,9
B. Financiering						
AWBZ	48,7	146,7	330,5	644,3	1 725,7	2 864,2
ZFW	– 110,0	– 1 402,7	– 1 178,0	– 917,4	– 14,5	938,7
Particuliere verzekering	206,3	135,2	219,6	342,7	765,1	1 209,5
Eigen betaling AWBZ	144,5	202,3	237,1	276,0	327,3	381,5
Eigen betaling ZFW		1 390,0	1 390,0	1 390,0	1 402,1	1 435,1
Eigen betaling particulier		100,0	100,0	100,1	106,5	123,1
Eigen betaling ongesplitst					2,4	7,8
Financieringsachterstand	– 44,6	48,5				
C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	289,5	571,5	1 099,2	1 835,7	4 314,6	6 959,9
BKZ-ontvangsten	144,5	1 692,3	1 727,1	1 766,1	1 838,3	1 947,5
Netto BKZ-uitgaven	145,0	– 1 120,8	– 627,9	69,6	2 476,3	5 012,4
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Het besparingsverlies De Beer (taakstelling administratieve lasten) bedraagt € 17 miljoen in 2004 en € 26 miljoen vanaf 2005. Hiervan was € 17 miljoen vanaf 2004 al in de eerste suppletore wet opgenomen.		9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
Het restant van de taakstelling administratieve lasten (De Beer) wordt op de beleidsartikelen ingevuld.	51,0	87,0	87,0	87,0	87,0	87,0
Met de invoering van de no-claimregeling zijn extra beheerskosten gemoeid. Deze zijn vooralsnog op dit artikel geplaatst. De aanpassing van de no-claimregeling leidt tot een hogere opbrengst. Deze is technisch verwerkt als een hoger aandeel eigen betalingen in de uitgaven. De netto BKZ-uitgaven komen hierdoor per saldo € 150 miljoen lager uit. Dat komt bovenop het effect van de aanpassing met € 210 miljoen die al bij de Voorjaarsnota is verwerkt.		20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Met ingang van 2005 wordt ter verzachting van de maatregelen zittend ziekenvervoer en beperking vergoeding zelfzorggeneesmiddelen (VWS-begroting 2004) een bedrag van € 25 miljoen beschikbaar gesteld.		25,0	25,0	25,0	25,0	25,0
Voor de jaren na afloop van deze kabinetsperiode wordt 2½% volumegroei per jaar gereserveerd. Voor 2008 leidt dit tot een bijstelling ten opzichte van de begroting 2004. Voor 2009 is een nieuwe reservering opgenomen.					– 13,1	1 323,4
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
Ten gevolge van de verhoging van de WAO-premie nemen de loonkosten in de zorg toe. Hiervoor krijgen de werkgevers in de zorg een vergoeding in het budget.	41,4	41,4				
De tranche 2004 van de loon- en prijsontwikkeling is aan de beleidsartikelen toegedeeld.	– 663,5	– 663,5	– 663,5	– 663,5	– 663,5	– 663,5
De raming van de benodigde loon- en prijsbijstelling in de jaren vanaf 2005 wordt aangepast op basis van de Macro-Economische Verkenning 2005 (MEV) van het Centraal Planbureau.		– 464,3	– 618,5	– 804,3	– 869,4	387,2

MOTIES

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Van der Vlies over alternatieven voor xenotransplantatie; het helder in kaart brengen van mogelijkheden en de Tweede Kamer informeren	26 335 nr. 12 (was nr. 6)	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 30 juni 2004 over kabinetsstandpunt op adviezen Gezondheidsraad over stamcellen
Motie-Oudkerk/Kant over vergoeding van bewezen effectieve ondersteuningsvorming bij stoppen met roken	26 472, nr. 19	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 21 november 2003 over Vergoeden ondersteuning stoppen met roken (29 200, XVI, nr. 52)
Motie-Rouvoet over wijziging van artikel 1 van de Grondwet door opneming van de grond «handicap en chronische ziekte»	28 000 XVI, nr. 63	Tijdens de behandeling van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte in de Eerste Kamer op 1 april jl. is toegezegd dat BZK Tweede Kamer zal informeren over uitbreiding.
Motie-Arib over adviezen commissie Tabaksblat	28 008, nr. 42	AFGEHANDELD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 31 maart 2003 «Zorg in de buurt» Versterking huisartsenzorg (28 600 XVI, nr. 115). En brief aan TK d.d. 21 november 2003 over de toekomstbestendige eerstelijnszorg (29 247, nr. 4)
Motie-Hermann over duidelijke vermelding alcoholpercentage en leeftijdsgrens op verpakking en intensivering leeftijdscontrole bij verkoop	27 565, nr. 5	Gedurende het EU-voorzitterschap van Nederland zal opnieuw over etikettering gesproken worden. Voor wat betreft de intensivering leeftijdscontrole kan gemeld worden dat de KvW sinds begin 2002 is versterkt met 62 fte ten behoeve van toezicht Drank- en Horecawet en Tabakswet. Dit deel van de motie is AFGEHANDELD.
Motie Oudkerk over een verbod alcoholmarketing gericht op jongeren	27 565, nr. 7	De branche heeft gereageerd op de voorstellen om de marketing op jongeren te stoppen. De voorstellen worden betrokken bij de beleidsbrief Alcohol & Jongeren die in voorbereiding is. Zonodig wordt een reclamebeperking geregeld met een AMvB.
Motie Oudkerk over een verbod op happy-hours	27 565, nr. 8	Motie wordt betrokken bij de voorbereiding van het Wetsvoorstel Drank- en Horecawet t.b.v. een betere handhaving. Wetsvoorstel zal medio 2005 gereed zijn.
Motie Buijs over het ontwikkelen van beleid op gebied preventie en voorlichting, gericht op terugdringing alcoholmisbruik onder jongeren	27 565, nr. 9	Er is een beleidsbrief in voorbereiding. Dit voorjaar hebben veldpartijen, zoals de alcoholbranche en voorlichtingsorganisaties, ideeën hiervoor kunnen aanleveren. Het voornemen is om de beleidsbrief eind dit jaar naar de TK te zenden.
Motie Van der Vlies over een wettelijk verbod stuntaanbiedingen en dumpprijzen m.b.t. alcohol	27 565, nr. 16	Motie wordt betrokken bij de voorbereiding van het wetsvoorstel Drank- en Horecawet t.b.v. een betere handhaving. Wetsvoorstel zal medio 2005 gereed zijn.
Motie Ross-van Dorp over een onderzoek naar de wijze waarop het herleidbaar opslaan van navelstrengbloed gerealiseerd kan worden	27 844, nr. 12	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 30 juni 2004 over kabinetsstandpunt op adviezen Gezondheidsraad over stamcellen
Motie-Ravestein over gehandicaptensport op de televisie	27 841, nr. 8H	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 12 januari 2004 Gehandicaptensport op televisie (27 841, nr. 14)

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Wijziging Wet BIG: Motie-Weekers over optreden tegen schadelijke kwakzalvers	27 669, nr. 12 (was 8)	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 20 november 2003 over uitvoering motie-Weekers
Motie-Passtoors over wetsvoorstel toegankelijkheid en bereikbaarheid	24 170, nr. 68H	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 mei 2004 over Actieplan Gelijke behandeling (29 355, nr. 5)
Motie-Bussemaker c.s. over gemeenschappelijke bepalingen	28 169, nr. 15	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 mei 2004 over Actieplan Gelijke behandeling (29 355, nr. 5)
Motie-Bussemaker c.s. over een anti-discriminatierichtlijn op Europees niveau	28 169, nr. 17	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 mei 2004 over Actieplan Gelijke behandeling (29 355, nr. 5)
Motie-Van der Vlies c.s. over een basisniveau van voorzieningen in het onderwijs	28 169, nr. 18H	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 mei 2004 over Actieplan Gelijke behandeling (29 355, nr. 5)
Motie-Tonkens c.s. over een structurele financieringsbron voor onderwijsinstellingen	28 169, nr. 22H	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 mei 2004 over Actieplan Gelijke behandeling (29 355, nr. 5)
Gewijzigde motie-Bussemaker/Van der Ham over generiek noodzakelijk veronderstelde aanpassingen en een actieplan	28 169, nr 27	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 mei 2004 over Actieplan Gelijke behandeling (29 355, nr. 5)
Motie-Van Leeuwen over het leveren van een uiterste krachtsinspanning om de moties m.b.t. de WGBH/CZ tijdig uit te voeren en instellen Task Force ter versterking maatschappelijk draagvlak	28 169, nr. 48 e	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 mei 2004 over Actieplan Gelijke behandeling (29 355, nr. 5)
Motie-Schimmel over het instellen van een onafhankelijke klachtencommissie voor medische keuringen; indien blijkt dat betrokken organisaties niet tot een onafhankelijke cie. kunnen komen, voorbereidingen treffen een onafhankelijke commissie in het leven roepen en voorafgaand aan 1 januari 1999 klachtenmeldpunt instellen	25 024, nr. 4	De betrokken partijen hebben tot 1 oktober 2004 de tijd gekregen om klachtenregeling op te stellen.
Motie-Atsma c.s. over genetische doping	28 600 XVI, nr. 38	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 23 februari 2004 over Onderzoeksrapport Genetische Doping (29 200, XVI, nr. 185)
Motie-Arib c.s. over de financiering van cliëntenraden	28 600 XVI, nr. 52	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 06 juni 2003 over aanbieding Implementatieplan WMCZ.
Motie-Tonkens c.s. over de erkenning van gebarentaal	28 600 XVI, nr. 62	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 9 juni 2004 over internationaal onderzoek Nederlandse gebarentaal.
Motie-Kant over de kwijtschelding van eigen bijdragen	26 631, nr. 30	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 3 mei 2004 over motie-Kant, kwijtscheldingstermijnen eigen bijdrage
Motie-Cörüz over zorgaanbieders in een andere provincie	28 168, nr. 40	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 23 januari 2004 over Voortgangsrapportage jeugdzorg (28 606, nr. 10)
Motie-Cörüz/Kalsbeek over lokale voorzieningen	28 168, nr. 41	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 november 2003 over Wet op de jeugdzorg (28 168, nr. 46)
Motie-Cörüz over één financieringsbron voor de jeugdzorg	28 168, nr. 42	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 november 2003 over Wet op de jeugdzorg (28 168, nr. 46)

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Örgü over de verantwoordelijkheid van provincies	28 168, nr. 45	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 23 januari 2004 over Voortgangsrapportage jeugdzorg (28 606, nr. 10)
Motie-Kalsbeek over een gezinscoach voor multi-problem gezinnen	28 168, nr. 46	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 november 2003 over Wet op de jeugdzorg (28 168, nr. 46).
Motie-Kalsbeek/Cörüz over een tijdelijke extra investering in jeugdzorg in Flevoland	28 168, nr. 48	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 19 november 2003 over Wet op de jeugdzorg (28 168, nr. 46).
Motie-Schippers/Arib over instelling van een Zorgkamer bij de rechtbank	29 200-XVI, nr. 30	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 1 juli 2004 over Health Care Governance.
Motie-Verbeet c.s. over vrijwilligerswerk in de sport	29 200-XVI, nr. 39	Op dit moment onderzoekt het kabinet de haalbaarheid van de invoering van een vrijwillig sociaal jaar voor jongeren van 16 tot 27 jaar. De Kamer zal in 2004 geïnformeerd worden over het resultaat van het overleg.
Motie-Rijpstra c.s. over speerpunten voor het sportbeleid	29 200-XVI, nr. 42	Op dit moment is er geen andere invulling voor de ecotaksmiddelen dan waarvoor die bedoeld zijn. De Kamer zal z.s.m. hierover geïnformeerd worden.
Motie-Rijpstra over een meerjarenplan om bewegingsarmoede terug te dringen	29 200-XVI, nr. 43	In de volgende rapportage van de uitvoering van de nota Sport, Bewegen en Gezondheid, die voorzien is voor 1 oktober 2004, zal een vervolgplan worden gepresenteerd. Gestreefd wordt tot meerjarenafspraken te komen met relevante partijen.
Motie-Kant/Schippers over coffeeshops	29 200-XVI, nr. 61	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 23 december 2003 over rookvrije werkplek (29 200, XVI, nr. 157)
Motie-Kant/Schippers over het toepassen van ventilatietechnieken en/of het indelen van rookvrije zones	29 200-XVI, nr. 62	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 18 mei 2004 over uitvoering Tabakswet
Motie-Smits c.s. over wachttijden voor verzorging en ondersteuning	29 200-XVI, nr. 76	In de brief van 29 februari 2004 (29 200 XVI, nr 170) is aangegeven dat overleg gevoerd zou worden met zorgverzekeraars/zorgkantoren over groei van het aanbod van de zorgverlening. De afgelopen periode is regelmatig overleg gevoerd met de zorgkantoren en ZN over de benodigde en gerealiseerde productie. In de begroting 2005 is in verband met de maatregelen om de uitgaven in de AWBZ te beheersen geen kwantitatieve doelstelling met betrekking tot de productiegroei opgenomen. Bij dit alles moet in gedachten worden gehouden dat we geleidelijk aan overstappen op een functiegerichte bekostiging en dat nog niet duidelijk is welke doorwerking dit heeft ten aanzien van het formuleren van concrete streefwaarden voor de productie.
Motie-Vietsch c.s. over slaapkamers voor meer dan vier mensen	29 200-XVI, nr. 84	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 22 april 2004 over Meerbedskamers in zorginstellingen (29 200, XVI, nr. 225)

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Vietsch c.s. over tijdschrijven door verpleegkundigen en verzorgenden	29 200-XVI, nr. 85	Op dit moment vindt onderzoek plaats naar mogelijkheden tot vereenvoudiging van de eigen bijdragen. Hierover vindt veel overleg plaats met het veld (cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren). In het najaar ontvangt de Kamer nadere informatie over het project.
Motie-Schippers/Lambrechts over informatie aan zwangere vrouwen over het kunnen aantonen van ernstige aandoeningen	29 200-XVI, nr. 93	AFGEHANDELD zie brief TK d.d. 7 juni 2004 over standpunt prenatale screening (2)
Motie-Van Miltenburg c.s. over zorgvernieuwingsgelden voor verstandelijk gehandicapten	29 200-XVI, nr. 95	De TK zal middels de begroting VWS 2005 worden geïnformeerd over de uitvoering van deze motie.
Motie-Van Miltenburg c.s. over het doorberekenen van de subsidiekorting door het Fonds PGO	29 200-XVI, nr. 97	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 8 juni 2004 over Beleidsbrief nota Met zorg kiezen.
Motie-Lambrechts c.s. over nieuwe en meer eigentijdse zorgarrangementen	29 200-XVI, nr. 100	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 13 mei 2004 over Voorhang aanwijzingen ex WTG en op de hoogte gesteld door de voorjaarsnota (29 542, nr. 1)
Motie-Schippers c.s. over het opstellen van productomschrijvingen fysiotherapie en vrijstelling van therapeuten van de Wet tarieven gezondheidszorg	29 200-XVI, nr. 139	Afgehandeld Zie brief d.d. 11 augustus 2004 over fysiotherapie.
Motie-Smits c.s. over een lange termijn vergoeding inzake fertiliteits- en kunstmatige vruchtbaarheidsbehandelingen	29 200-XVI, nr. 143	Eind 2004 zal de Kamer over de uitvoering van deze motie worden geïnformeerd
Motie-Timmer/Tonkens over de verdeling van regionale middelen voor zorgvernieuwing	29 200-XVI, nr. 154; (was 79)	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 5 juli 2004 over Motie 154 Timmer/Tonkens (29 200, XVI, nr. 154).
Motie-Van der Vlies over monitoring van de uitwerking van de maatregelen	29 200-XVI, nr. 199	In december 2004 zal een brief naar de TK worden verzonden waarin een evaluatie van Valys wordt gegeven.
Motie-Halsema/Buijs over seniorenbeleid voor huisartsen	29 247, nr. 7	Na het zomerreces zal de Kamer over de uitvoering van deze motie worden geïnformeerd.
Motie-Balemans c.s. over de inzet van PGB in het onderwijs en de concrete invulling daarvan	27 728, nr. 63	AFGEHANDELD Zie brieven aan TK d.d. 15 maart 2004 (richtlijn) en 27 mei 2004 (bijlage werkinstructie voor indicatiestellers).
Motie-Arib c.s. over periodieke controle door jeugdartsen, c.q. praktijkverpleegkundigen	22 894, nr. 32	De motie een onderdeel van een rapportage van de RVZ over vrouwelijke genitale verminking. Deze rapportage wordt december 2004 verwacht.
Motie-Van Miltenburg c.s. over vermindering van bureaucratie	26 631, nr. 79	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 21 juni 2004 over de standaardisatie en vereenvoudiging van de indicatiestelling.
Motie-Vietsch c.s. over heldere en eenduidige indicatiecriteria	26 631, nr. 80	Het Centrum Indicatiestelling Zorg zal vanaf 1 januari 2005 heldere en eenduidige criteria vaststellen in opdracht van de Staatssecretaris.
Motie Soutendijk-van Appeldoorn inzake rapportage met betrekking tot verschillende aspecten van de werking van de wet op de jeugdzorg	28 168, nr. F	De rapportage zal medio 2006 naar de Kamer worden gezonden. Hiermee zal uitvoering worden gegeven aan de motie.
Motie-Kant c.s. over invoering van het rijksvaccinatieprogramma per 1 september 2004	29 200-XVI, nr. 237	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 22 juni 2004 over de motie-Kant vervroegen invoering acellulair kinkhoestvaccin

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Schippers c.s. over ventilatie en luchtzuivering	29 200-XVI, nr. 54	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 18 mei 2004 over uitvoering Tabakswet
Motie-Schippers c.s. over het uitzonderen van zorg-instellingen	29 200-XVI, nr. 55	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 23 december 2003 over rookvrije werkplek (29 200, XVI, nr. 157)
Motie-Hermans/Schippers over de evaluatie van het stappenplan	29 200-XVI, nr. 57	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 18 mei 2004 over uitvoering Tabakswet
Motie-Schippers c.s. over een ruimer en objectiever criterium voor horeca-activiteiten	29 200-XVI, nr. 56	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 23 december 2003 over rookvrije werkplek (29 200, XVI, nr. 157)
Motie-Hermans/Schippers over zelfregulering voor gesubsidieerde instellingen	29 200-XVI, nr. 122	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 23 december 2003 over rookvrije werkplek (29 200, XVI, nr. 157)
Motie-Lambrechts c.s. over handhaving van het niveau van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen	29 200-XVI, nr. 99	AFGEHANDELD Zie brief TK d.d. 29 januari 2004 over aangenomen moties en amendementen bij VWS begroting 2004.
Motie-Van Miltenburg/Smits over diagnostiek en behandeling van dyslexie	29 200-XVI, nr. 98	Het jaar 2004 zal gebruikt worden om meetinstrumenten te laten ontwikkelen conform de aanbevelingen van het CvZ (fase 1). Voor de 2e fase, de toetsing van de instrumenten in de praktijk zal bekeken worden of de hieraan verbonden kosten uit de begroting 2005 gefinancierd kunnen worden.
Motie-Lambrechts c.s. over onderzoek naar wijziging van de systematiek van donorregistratie	29 200-XVI, nr. 142	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 18 juni 2004 over Tweede evaluatie van de Wet op de orgaandonatie
Motie-Vietsch c.s. over de hardheidsclausule en monitoring	29 200-XVI, nr. 260	Eind oktober 2004 zal de TK over deze motie worden geïnformeerd.
Motie-Tonkens/Arib over voorwaarden voor ziekenhuizen om voor extra geld in aanmerking te komen	27 295, nr. 60	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 14 januari 2004 over Uitvoering van de motie Tonkens/Arib (27 295, nr. 64)
Motie-Tonkens/Arib over onderzoek naar splitsing van ambulancezorg in spoedvervoer en ziekenvervoer	29 247, nr. 3	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 10 februari 2004 over uitvoering motie Tonkens en Arib over splitsing in het ambulancevervoer (29 247, nr. 8)
Motie-Van Miltenburg c.s. over het mandaat van RIO's inzake indicatiestelling	29 200-XVI, nr. 96	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 29 januari 2004 over aangenomen moties en amendementen bij VWS begroting 2004 (29 200, XVI, nr. 170). Bij de eerstvolgende VBTB-rapportage in mei 2005 zal de Kamer geïnformeerd worden over vermindering van bureaucratie en kosten.
Motie-Arib over een onderzoek naar de toegankelijkheid van medische zorg aan asielzoekers	29 484, nr. 6	Motie is donderdag 1 juli jl. aangenomen. Er wordt op dit moment een planning gemaakt over hoe uit te voeren.
Motie-Ormel c.s. over advisering van het gebruik van foliumzuur	29 323, nr. 5	De TK zal in februari 2005 worden geïnformeerd over de wijze waarop deze motie zal worden uitgevoerd.
Motie-Lambrechts over de zorgvernieuwing in thuiszorg en verpleeghuiszorg	29 564, nr. 7	De TK zal voor Prinsjesdag 2004 worden geïnformeerd over de wijze van uitvoering.
Motie-Albayrak c.s. over uitbreiding van het heroïne-experiment	24 077, nr. 128	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 11 augustus 2004 n.a.v. vragen over heroïne-behandeling tijdens AO van 30 juni 2004.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Joldersma/Nawijn over doelstellingen in de heroïnebehandeling	24 077, nr. 133	AFGEHANDELD Zie brief aan TK d.d. 11 augustus 2004 n.a.v. vragen over heroïne-behandeling tijdens AO van 30 juni 2004.
Motie-Joldersma over een eigen bijdrage aan de behandeling	24 077, nr. 134	Na de zomer vindt overleg plaats met de VNG. Vervolgens zal de TK worden geïnformeerd.
Motie-Van der Ham c.s. over een realistisch internationaal drugbeleid	24 077, nr. 117H	AFGEHANDELD Er wordt in internationaal verband gestreefd om zoveel mogelijk begrip en ruimte te krijgen voor het Nederlandse drugsbeleid.
Motie-Tonkens c.s. over de mogelijkheden om de positie van de burger ten aanzien van alternatieve beroepsbeoefenaren	29 282, nr. 12	De TK zal in oktober 2004 worden geïnformeerd over de wijze waarop deze motie zal worden uitgevoerd.

TOEZEGGINGEN

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Kabinetsstandpunt inzake positie en financiering van de eerstelijns psychologische zorg	Actualisatie Planningsbrief 5 november 2002	Wordt betrokken bij nieuwe bekostiging eerstelijnszorg.
Zodra het eindrapport van de IGZ gereed is – naar verwachting begin 2004 – zal de Kamer geïnformeerd worden over de resultaten van een thematisch onderzoek naar de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg bij de centrale huisartsenposten.	Antwoorden op kamervragen van Arib over de bereikbaarheid van huisartsenzorg d.d. 3 februari 2003	Het eindrapport van de IGZ is reeds naar de Tweede Kamer verstuurd. Een uitgewerkt standpunt hierop zal in het najaar naar de Tweede Kamer gezonden worden.
Een definitieve keuze maken in de financiering van de IKG's als de resultaten van het onderzoek van het Patiëntenfonds naar de financiering van de IKG's is afgerond	Nota-overleg Patiënten/ Consumentenbeleid «Met zorg kiezen» (27 807, nr 1) d.d. 18 maart 2002	In de voortgangsbrief 2004 die op 8 juni 2004 naar de Tweede Kamer is gestuurd, staat dat VWS geen standpunt zal innemen op het advies «Ritme in de regio» (2002) voorzover het de wijze waarop RPCP's zich organiseren betreft. De financiering van PRCP's en IKG's kan niet los gezien worden van de uitwerking van het Wetsvoorstel Maatschappelijke Zorg, de nadere uitwerking van het VWS-subsidiebeleid, onderdeel «Meedoen» en de uitwerking van meer functie- en prestatiegerichte financiering door het Fonds PGO. De functie klachtopvang zal in de discussie over functie- en prestatiegerichte financiering aan de orde komen.
Zodra nadere informatie beschikbaar komt over de mobiliteit van patiënten in de EU zal de Kamer worden geïnformeerd	AO EU Raad voor Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken d.d. 22 mei 2003	Er komt een permanent mechanisme, geplaatst onder de Europese Commissie genaamd de High Level Group on Health Services and Medical Care (HLG). Dit HLG zal voorstellen ontwikkelen die als basis kunnen dienen voor besluitvorming binnen Europa in het kader van de (grensoverschrijdende) gezondheidszorg.
Evaluatie Wet foetaal weefsel	Plenaire behandeling wetsvoorstel Foetaal weefsel d.d. 6 november 2001	Start als evaluatieprogramma in 2004. Het feitelijk onderzoek start in september 2006.
Standpunt op het advies van de Gezondheidsraad inzake «Wet bevolkingsonderzoek: screening van pasgeborenen op taaislijmziekte».	Zie brief Advies Gezondheidsraad over Wet Bevolkingsonderzoek DBO-2292921 d.d. 21 juni 2002	In ambtelijk overleg met de GR is afgesproken, dat het verwachte advies van de GR (over de wenselijkheid screening pasgeborenen) te verbreden naar een advies over de gehele neonatale screening (inclusief taaislijmziekte). Advisering door de GR is gepland voor eind 2004.
De Gezondheidsraad heeft een advies over «Contouren van het basispakket» uitgebracht. Een standpunt op dit advies wordt door het nieuwe kabinet bepaald.	Brief Advies Gezondheidsraad over «Contouren van het basispakket» (DBO/Adv – 2 356 839) d.d. 18–2-2003	De reactie op dit advies is verwerkt in het voorstel voor de zorgverzekeringswet.
Onderzoek en implementatieplan naar kwaliteit in verpleeghuizen.	Plenair debat Begroting VWS 2004 d.d. 25–11–2003	Het onderzoek ondervindt vertraging. Daardoor schuift ook een standpuntbepaling in de tijd op.
De TK zal geïnformeerd worden over onderzoek en aanpak van overbodige bureaucratie in de jeugdzorg.	Nota-overleg Jeugdzorg d.d. 9–2-2004	Voor de aanpak van overbodige bureaucratie is de zgn. Jeugdzorgbrigade o.l.v. dhr. F. de Grave ingesteld. Deze brigade gaat in september 2004 aan de slag en zal na 2 jaar een eindrapport opleveren. Tussentijds zullen rapportages naar de Tweede Kamer worden gezonden.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Integrale beleidsvisie eerstelijnszorg	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Na het zomerreces zal een intentieverklaring met een begeleidende brief naar de Tweede Kamer worden gezonden.
Wetsvoorstel zorgtoeslag	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer zal het wetvoorstel in september 2004 ontvangen.
Wetsvoorstel zorgverzekering	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer zal het wetvoorstel in september 2004 ontvangen.
Financiering cliëntenraden	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Rapportage zal eind september 2004 plaatsvinden.
Beleidsvisie electieve zorg	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer zal hierover eind 2004 geïnformeerd worden.
Wijziging Ziekenfondswet i.v.m. privacy aspecten DBC's	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer zal hierover eind 2004 geïnformeerd worden.
Wetsvoorstel burgerservicenummer in de zorg	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer zal het wetvoorstel in december 2004 ontvangen.
Wetsvoorstel Zorgautoriteit	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer zal het wetvoorstel in januari 2005 ontvangen.
Kostprijsonderzoek ter onderbouwing van functiegerichte tarieven (hierin wordt meegenomen een eerste reactie inzake omslagpunten)	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer zal hierover in september 2004 geïnformeerd worden.
Stand van zaken ongeïndiceerde en eventueel oneigenlijk gebruik AWBZ	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Het rapport zal in september 2004 met het standpunt aan de Kamer worden toegezonden.
Evaluatie werkdocument gebruikelijke zorg	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Het onderzoek is later gestart. Het onderzoeksrapport komt in het najaar ter beschikking en zal naar de Tweede Kamer worden gezonden.
Opheffing contracteerplicht zorgkantoren	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer zal hierover in september 2004 geïnformeerd worden.
Voortgangsrapportage groot project AWBZ	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De rapportage zal in september 2004 aan de Tweede Kamer worden toegezonden.
Brief evaluatie PGB's	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Het CVZ publiceert eind augustus 2004 de volgende «Kernmonitor». Het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen onderzoekt de mening van budgethouders PGB-nieuwe stijl. Het bureau Hoeksma, Homans en Menting is eind juni begonnen met een specifieke evaluatie van het PGB nieuwe stijl. In november zal de Tweede Kamer gerapporteerd worden over de gezamenlijke resultaten van deze evaluatiestudies.
Voortgangsrapportage Kwaliteitsbrief	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Rapportage zal eind september 2004 plaatsvinden.
Visie ouderenbeleid	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in oktober 2004 geïnformeerd.
Agenda Gezinsbeleid	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in september 2004 geïnformeerd.
Landelijk beleidskader jeugdzorg 2005–2008	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Het Landelijk beleidskader jeugdzorg 2005–2008, wordt gecombineerd met de Voortgangsrapportage 2004 op Prinsesdag 2004 aan de Eerste en Tweede Kamer aangeboden.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Beleidsbrief Buurt, Onderwijs en Sport	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De uitwerking van de regeling zal voor Prinsjesdag aan de Tweede Kamer worden gezonden.
De TK wordt in het najaar 2006 geïnformeerd in hoeverre het RAAK-pilot landelijke verspreiding en implementatie behoeft.	Nota-overleg Jeugdzorg d.d. 9–2-2004	De Tweede Kamer wordt in het najaar 2004 geïnformeerd.
Over de voortgang korte termijn acties t.a.v. samenplaatsingen jeugdigen in JJI's wordt de TK geïnformeerd in de jaarlijkse voortgangsrapportage op grond van de Wet op de jeugdzorg.	Brief min. Jus. van 1 juli 2004, 5 295 504/04/DJC	De Tweede Kamer zal hierover op Prinsjesdag 2005 worden geïnformeerd.
Na afloop van de nadere verkenning over de consequenties van het beëindigen van samenplaatsingen jeugdigen in JJI's wordt de TK geïnformeerd over de hieruit voortvloeiende lange termijn acties.	Brief min. Jus. van 1 juli 2004, 5 295 504/04/DJC	De Tweede Kamer wordt hierover eind 2004 geïnformeerd.
Operatie Jong: Kwaliteit en effectiviteit van preventieve, curatieve en repressieve programma's.	Brief DJB/APJB-2 482 416 van 22 juni 2004	Wordt verwerkt in de plannen van aanpak JONG die in december aan de Tweede Kamer worden aangeboden. De haalbaarheidsstudie loopt.
Operatie Jong: Gemeentelijke taken en bevoegdheden	Brief DJB/APJB-2 482 416 van 22 juni 2004	Wordt verwerkt in de plannen van aanpak JONG die in december aan de Tweede Kamer worden aangeboden.
Het vervolgtraject met acties op de korte en lange termijn t.a.v. de samenplaatsingen jeugdigen in JJI's zal in het Landelijk beleidskader jeugdzorg worden opgenomen.	Brief min. Jus. van 1 juli 2004, 5 295 504/04/DJC	De Tweede Kamer wordt op Prinsjesdag 2004 hierover geïnformeerd.
TK informeren over jeugdbeleid voorafgaand aan de jeugdzorg.	Brief DJB-2423013 van 19 november 2003	Wordt betrokken bij het Landelijk beleidskader jeugdzorg 2005–2008, gecombineerd met de Voortgangsrapportage 2004. De Tweede Kamer wordt op Prinsjesdag 2004 hierover geïnformeerd.
Nota vrijwilligersbeleid	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in september 2004 geïnformeerd.
Brief uitwerking Kennis, Innovatie en Meedoen met uitwerking subsidiebeleid en kennisinfrastructuur	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in september 2004 geïnformeerd.
Brief met resultaten van het voorzitterschap	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in januari 2005 geïnformeerd.
Evaluatie stipendium topsporters	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De financiële evaluatie is afgerond. De inhoudelijke evaluatie komt in 2004 na de Olympische Spelen.
Sportnota	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De nieuwe sportnota zal in december 2004 gereed zijn en aan de Tweede Kamer worden gezonden.
Voortgangsrapportage homo-emancipatie	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in augustus 2004 geïnformeerd.
Beleidsagenda medische biotechnologie	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De beleidsagenda medische biotechnologie wordt in oktober 2004 aan de Tweede Kamer aangeboden.
Standpunt evaluatie ZonMw	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Eind augustus komt de begeleidingscommissie met een sideletter bij de evaluatie. Dit leidt tot een standpunt in oktober.
Evaluatie ZonMw programma over alternatieven voor dierproeven	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt in november 2004 geïnformeerd.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Zo mogelijk, voor de begroting van 2005, zal de Kamer inzicht worden gegeven in één of meer kosteneffectieve preventie projecten.	Nota-overleg preventiebeleid d.d. 26-2-2004 en VWS-beleidsdebat Eerste Kamer d.d. 22 juni 2004	In maart is overleg geweest met ZonMw en RIVM. Er zijn vier mogelijke kosteneffectieve interventies besproken. In de tekst voor de begroting wordt ingegaan op het traject wat hieruit volgt.
Evaluatie maatregel zelfzorggeneesmiddelen	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Op 23 juni 2004 is een tussenrapportage aan de Tweede Kamer aangeboden. Na het zomerreces wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de eindresultaten van het onderzoek.
Evaluatie van het nieuwe systeem voor bovenregionaal vervoer voor mensen met een handicap (Valys)	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt in december geïnformeerd. De opzet evaluatie is naar de Tweede Kamer verzonden op 14 juni (29 200, XVI, nr. 253).
Wetsvoorstel inzake gebruik lichaamsmateriaal (zeggenschap)	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Het wetsvoorstel wordt in januari 2005 aangeboden aan de MR.
Evaluatie maatregel psychotherapeuten	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in juni 2005 geïnformeerd.
RVZ-advies vrouwelijke genitale verminking	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in juni 2005 geïnformeerd.
Evaluatie van de Wet op de dierproeven (WOD)	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	De Tweede Kamer wordt hierover in juni 2005 geïnformeerd.
Een meer samenhangend verhaal over arbeidsmarkt/beroepen opnemen in begroting of in de rapportage arbeidsmarkt	VWS-beleidsdebat Eerste Kamer d.d. 22 juni 2004	In het najaar 2004 zal de sense of urgency over de arbeidsproblematiek zoals toegezegd in het beleidsdebat worden verwerkt in een brief aan de Tweede Kamer over de arbeidsmarkt.»

AFKORTINGENLIJST

ACBG	Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
AD	Audit Dienst
ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
ags	adrenogenitaal syndroom
aids	acquired immune deficieny syndrome
ama	alleenstaande minderjarige asielzoeker
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AOR	Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië
APV	Algemene productveiligheidsrichtlijn
AVVV	Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede Zorgregistratie
BBAG	Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BIKK	Bijdrage in de kosten van kortingen
BJZ	Bureau jeugdzorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMC	Bureau Medicinale Cannabis
BOPZ	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
bos	buurt, onderwijs en sport
BOZ	Bestuurlijke Organisatie Zorg
BRG	Besluit registratie geneesmiddelen
bsc	balanced score card
BSE	Boviene Spongiforme Encéphalopathie
bsi	breedtesportimpuls
bsn	burger service nummer
btw	belasting op de bruto toegevoegd waarde
BUZA	Buitenlandse Zaken, ministerie van -
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ministerie van -
C&V	Consument en Veiligheid, Stichting
CAK	Centraal Administratie Kantoor
cao	collectieve arbeidsovereenkomst
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CGB	Commissie Gelijke Behandeling
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CCBH	Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden
CCE	Centra voor consultatie en expertise
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CENSIS	Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd
CEV	Centrum voor Externe Veiligheid en Vuurwerk
CGAZ	Convenant Gesubsidieerde Arbeid Zorgsector
CGOR	Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen
cht	congenitale hypothyreoïdie
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, agentschap
CIVIQ	Civil society Instituut Vrijwillige Inzet Quality
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CMS	Concerned Member State
COGEBA	Commissies voor de gebiedsaanwijzing
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease

CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CSA	Centrale Sterilisatie Afdeling
CSZ	Curatieve Somatische Zorg
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVTM	Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
daktp-HIB	difterie-, acellulair kinkhoest-, tetanus- en poliovaccin – Haemophilus influenzae type b-bacterie
dbc	diagnose-behandelcombinatie
dg	directeur-generaal
DGV	Stichting Doelmatig Geneesmiddelenvoorziening
DGW/BO	Directoraat-Generaal Wonen/Beleidsontwikkeling
EG	Europese Gemeenschap
EMEA	European Medicines Evaluation Agency (Europees Bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling)
EP	Europees Parlement
EU	Europese Unie
ev	eigen vermogen
EVS	European Voluntary Service
EZ	Economische Zaken, ministerie van -
FAO	Food and Agriculture Organization
Farmatec	Farmacie en Geneeskundige Technologie
fb	functiegerichte budgettering
FBG	Forum Biotechnologie & Genetica
fo	federatie opvang
fte	fulltime equivalent
fto	farmaco-therapeutisch overleg
GG&GD	Gemeentelijke Gezondheids- en Geneeskundige dienst
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD-NL	Gemeentelijke Gezondheidsdienst-Nederland
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
gmp	good manufacturing practice
gsb	grotestedenbeleid
GVS	Geneesmiddelenvergoedingensysteem
HA	Hoofdlijnenakkoord
hiv	humaan immunodeficiëntie virus
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HOZ	Herziening van het Overeenkomstenstelsel
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
ICM	Interdepartementale Commissie Marktordening
ICODO	Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen
ict	informatie- en communicatietechnologie
i/d-banen	instroom-/doorstroombanen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHR	Internationale Gezondheidsregeling
IJZ	Inspectie Jeugdzorg
ipo	interprovinciaal overleg
ITF	International Task Force
ivf	in-vitrofertilisatie
IVZ	Informatievoorziening Zorg, Stichting
jggz	jeugd-ggz
jgz	jeugdgezondheidszorg
jji	justitiële jeugdinrichtingen
JONG	Jeugdbeleid Overheid Nu Gezamenlijk (de operatie -)

kdc	kinderdagcentrum
kid	kunstmatige inseminatie (met sperma van een) donor
KNCV	Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
KZI	Kwaliteitswet zorginstellingen
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LAK	Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid
Lareb	Stichting Landelijke Registratie en Evaluatie Bijwerkingen
LCMR	Landelijke Centrale Middelen Registratie
LDP	Landelijk Dementieprogramma
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
ljm	landelijke jeugdmonitor
LNV	Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit, ministerie van -
lvg	licht verstandelijk gehandicapten
LVT	Landelijke Vereniging voor de Thuiszorg
m&o	misbruik & oneigenlijk gebruik
mbo	middelbaar beroepsonderwijs
mcg	meervoudig complex gehandicapt
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (werkgroep -)
MEE	Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking
mmk	medische milieukunde
mmo	monitor maatschappelijke opvang
mo	maatschappelijke opvang
MOBG	Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
MOgroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
MOOZ	Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
mrp	mutual recognition procedure
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
NFK	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen
NGR	Nederlandse Gezinsraad
nhb	nonheartbeating
NICAM	Nederlands Instituut voor Classificatie van Audiovisuele Media
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NIVM	Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NJR	Nationale Jeugdraad
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NPK	Nationaal Programma Kankerbestrijding
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVP	Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen
NVV	Nationale Vaccin Voorziening
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OBiN	Ongevallen en Bewegen in Nederland
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (ministerie van -)
OHW	Oorlogsgetroffenen en Herinnering WO-II
OM	Openbaar Ministerie
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PA/NP	physician assistant/nurse practitioner
PAO	Programma Andere Overheid
pcr	psychiatrische casusregisters
PGB	persoonsgebonden budget
PGO	fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen
pk	programmakader
pkb	persoonlijk kilometer budget
pku	phenylketonurie
POG/ZP	Preventie en Openbare Gezondheidszorg/Ziektepreventie
PSUR	Periodic Safety Update Report
PUR	Pensioen- en Uitkeringsraad
PxQ	prijs-maal-aantalbenadering
REACH	Registration, Evaluation and Autorisation of Chemicals
REGBIG	Registratie Wet BIG
RGD	Rijksgebouwendienst
rgv	richtlijnen goede voeding
rhb	rijkshoofdboekhouding
RIC	RijksInformatieCentrum
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMS	reference member state
RTE	Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SAIP	Stichting Administratie Indonesische Pensioenen
sap	systemen, applicaties en producten in de informatica
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SBO	Stichting Burger-Oorlogsgetroffenen
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
seh	spoedeisende hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
sg	secretaris-generaal
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
soa	seksueel overdraagbare aandoening
SRJ	Sectoraal Registratiepunt Jeugdhulpverlening
SRSR	Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma
ssc	shared service center
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
SUO	Stichting uitvoering omslagregelingen
SVM	Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ministerie van -
thc	tetrahydrocannabinol
tis	teratologie informatie service
TK	Tweede Kamer
TNO PG	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek/Preventie en Gezondheid
TRIP	St. Transfusie Reacties in Patiënten
TSV	Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk

TTP	trusted third party
TVWMD	Tijdelijke verstrekkingswet maatschappelijke dienstverlening
UvA	Universiteit van Amsterdam
uvo	uitkomst van overleg
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatienummer
UZOVI	Uniek Zorgverzekeraars Identificatie
v&i	vreemdelingenzaken en integratie
V&V	Verpleging en Verzorging, sector -
VBTB	Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording
vcp	voedselconsumptiepeiling
VIKC	Vereniging van Integrale Kankercentra
vlo	verbetering levensomstandigheden, toeslag
vmbo	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
vo	vrouwenopvang
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ministerie van -
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van -
WADA	World Anti Doping Agency
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheid
WAZ	Wet op de ambulancezorg
WAZ	Wet afbreking zwangerschap
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
Wbp	Wet buitengewoon pensioen 1940–1945
Wbp-z	Wet buitengewoon pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WGBH/CZ	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WGP	Wet geneesmiddelenprijzen
WHO	World Health organisation (Wereldgezondheidsorganisatie)
Wibv	Wet inzake bloedvoorziening
WILL	Welzijn Informatie Landelijk en Lokaal
Wiv	Wet buitengewoon pensioen Indisch Verzet
WJZ	Wet op de jeugdzorg
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
WMK	Wet medische keuringen
WMO	Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	wereldoorlog
WOD	Wet op de orgaandonatie
WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
WTG-ExPres	Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen
WTL	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wubo	Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945
Wuv	Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945

Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WVKL	Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
Zaio	Zorgautoriteit in oprichting
zbo	zelfstandig bestuursorgaan
Zfw	Ziekenfondswet
ZIN	Zorg Identificatie Nummer
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen
ZVW	Zorgverzekeringswet

Administratieve lasten 18, 19, 55, 91, 93, 114, 128, 129, 133, 134, 144, 148, 181, 205, 248, 255, 289, 301, 304, 318
Alcohol 24, 25, 26, 27, 28, 81, 82, 83, 84, 319, 331
Arbeidsmarkt 1, 5, 17, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 147, 207, 209, 299, 328
Arbeidsproductiviteit 121, 123, 124, 125, 126, 127
Balanced score card 329
Benchmark 14, 48, 54, 56, 57, 104, 143, 176, 205, 236
Betaalbaarheid 4, 9, 10, 48, 49, 59, 129, 131, 144, 149, 224, 249
Biotechnologie 59, 60, 70, 71, 72, 76, 328, 330
Bioterrorisme 315
BKZ 19, 20, 130, 153, 251, 252, 253, 254, 255, 259, 274, 275, 278, 281, 284, 286, 289, 291, 294, 304, 318, 329
Bloedvoorziening 75, 333
Brancherapport 44, 133
Breedtesport 179, 180, 181, 182, 185, 186, 329
Care 19, 80, 82, 98, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 113, 128, 130, 136, 142, 144, 145, 146, 255, 267, 321, 325
Consumenten 4, 9, 10, 12, 14, 40, 41, 43, 45, 54, 56, 73, 132, 143, 145, 233, 325
Cure 19, 78, 82, 144, 153, 155, 223, 252
DBC 14, 57, 89, 134, 159, 248, 286, 304, 326
Diabetes 11, 14, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 44, 128, 136, 145
Eerstelijnszorg 14, 48, 49, 50, 55, 81, 268, 319, 325, 326
Ethiek 128, 142, 143, 206, 210, 223, 329
Gehandicapten 1, 5, 9, 12, 13, 36, 90, 92, 98, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 113, 115, 118, 119, 120, 128, 132, 145, 147, 150, 151, 173, 182, 203, 205, 206, 207, 257, 258, 269, 291, 319, 322, 331, 332, 334
Gelijke behandeling 98, 101, 102, 107, 172, 319, 329, 333
Geneesmiddelen 1, 3, 7, 19, 20, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 74, 76, 77, 87, 134, 145, 147, 197, 205, 206, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 223, 224, 226, 227, 231, 254, 255, 256, 258, 284, 315, 318, 328, 329, 330, 333
GGZ 50, 78, 132, 159, 269, 287, 307
Handhaving 27, 28, 29, 42, 43, 63, 64, 65, 165, 200, 319, 323
Huisartsen 9, 14, 23, 24, 25, 32, 38, 48, 49, 50, 56, 57, 128, 134, 139, 140, 224, 319, 322, 325
ICT 18, 34, 91, 128, 134, 135, 136, 144, 145, 148, 149, 176, 223, 225, 229, 230, 231, 232, 248, 331
Indicatiestelling 13, 21, 89, 90, 92, 93, 96, 99, 100, 107, 119, 165, 288, 322, 323, 329
Infectieziekten 17, 23, 31, 32, 41, 44, 45, 46, 47, 205, 206, 233, 234, 242, 277, 315
Informatiebeleid 127, 132
Innovaties 55, 105, 106, 113, 121, 124, 136, 146
Inspectie 1, 5, 6, 15, 34, 54, 63, 70, 137, 138, 165, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 215, 234, 235, 330
Integratie 42, 93, 179, 180, 182, 183, 186, 235, 249, 333
Jeugdgezondheidszorg 23, 24, 25, 33, 34, 35, 46, 277, 330
Jeugdzorg 17, 98, 99, 100, 163, 164, 165, 167, 169, 170, 198, 199, 200, 201, 202, 225, 228, 287, 307, 320, 321, 322, 326, 327, 329, 330, 333
Jong 9, 10, 17, 26, 27, 33, 35, 36, 37, 42, 79, 99, 163, 167, 168, 169, 172, 174, 175, 176, 181, 183, 191, 192, 207, 319, 321, 327
Leefstijl 23, 27, 28, 29, 182
Lichaamsmaterialen 60, 68

Lokaal 1, 5, 32, 33, 35, 37, 49, 78, 86, 87, 91, 98, 104, 109, 111, 145, 147, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 182, 333
Maatschappelijk werk 164, 189, 190
Maatschappelijke opvang 1, 84, 85, 86, 88, 89, 111, 145, 147, 172, 331
Mantelzorg 9, 112, 117, 330
Medisch specialisten 9, 52, 53, 55, 57, 126, 269
Modernisering 5, 48, 57, 64, 72, 90, 91, 94, 128, 138, 140, 148, 150, 151, 179, 248, 249, 331
Opleiding 1, 5, 17, 21, 34, 36, 37, 55, 72, 112, 128, 129, 130, 138, 139, 140, 141, 142, 145, 147, 148, 174, 179, 181, 183, 239, 245, 268, 272, 301, 331, 332
Orgaandonatie 69, 70, 76, 229, 323, 333
Overgewicht 11, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 37
Pakketmaatregelen 252, 254, 256
Palliatieve zorg 57, 280, 282
Participatie 101, 108, 114, 115, 117, 120, 167, 169, 170, 173, 175, 178, 209, 266
Persoonsgebonden 82, 94, 96, 97, 110, 267, 287, 289, 292, 294, 332
PGB 294, 304, 322, 326, 332
Premiemiddelen 7, 21, 61, 277, 280, 288, 299, 301, 303
Preven 36
Preventie 1, 5, 8, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 70, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 115, 128, 136, 145, 147, 163, 167, 168, 172, 179, 182, 195, 196, 197, 209, 258, 272, 319, 327, 328, 331, 332, 333
Productveiligheid 25, 40, 42, 43, 45, 329
Productveilig 23
Projectsubsidies 8, 25, 76, 145, 165, 172, 176, 179, 206, 274
Regionaal 33, 39, 50, 86, 110, 113, 118, 119, 223, 328, 332
Risicogroepen 79
Roken 11, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 62, 90, 127, 155, 164, 176, 182, 244, 251, 255, 270, 272, 319, 325, 328, 332
SARS 44, 315, 332
Technologie 1, 10, 44, 59, 69, 71, 76, 77, 102, 103, 124, 134, 137, 145, 147, 210, 223, 224, 258, 271, 330
Tender 46, 57
Thuiszorg 29, 33, 34, 90, 106, 112, 113, 114, 116, 132, 157, 256, 267, 289, 294, 323, 330, 331
Toegankelijkheid 4, 9, 10, 35, 45, 47, 48, 49, 60, 63, 68, 71, 73, 77, 104, 115, 121, 124, 129, 131, 133, 144, 149, 151, 167, 169, 170, 177, 185, 249, 320, 323, 325
Topsport 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 327
Transplantaten 59, 68, 69, 76, 77
Tweede Wereldoorlog 187, 188, 189, 193, 194
Vaccinatie 23, 24, 31, 32, 33, 209, 210, 242, 322, 332
Veiligheid 1, 5, 15, 37, 38, 39, 43, 55, 57, 59, 63, 68, 73, 74, 75, 77, 82, 83, 105, 113, 128, 134, 136, 137, 138, 145, 147, 149, 195, 196, 197, 206, 214, 215, 219, 233, 234, 329, 334
Vergrijzing 10, 42, 59, 90, 114, 123, 124, 172, 190, 252, 266, 267, 273
Verslavingszorg 1, 14, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 88, 89, 145, 147, 258
Verzekeringsstelsel 12, 150, 151, 152, 157
Verzorging 1, 5, 9, 11, 13, 91, 106, 109, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 132, 140, 141, 145, 147, 150, 166, 207, 257, 258, 267, 321, 323, 331, 333
Voedselveiligheid 23, 28, 38, 40, 41, 42, 43, 315
Vraagsturing 45
Vrijwilligerswerk 167, 169, 171, 172, 174, 175, 183, 321, 332
Waarborgen 10, 59, 60, 63, 68, 73, 74, 77, 134, 151, 163, 170
Wachttijden 52, 69, 82, 93, 129, 138, 270, 273, 321

WMO 8, 10, 13, 14, 35, 62, 78, 91, 92, 94, 98, 103, 105, 109, 111, 118, 119, 154, 155, 156, 168, 171, 173, 176, 177, 210, 248, 333
Ziekenhuizen 9, 14, 15, 16, 19, 20, 31, 32, 42, 48, 50, 51, 52, 54, 56, 57, 69, 70, 74, 75, 86, 89, 92, 113, 128, 132, 136, 140, 142, 145, 196, 215, 217, 254, 255, 256, 257, 268, 273, 281, 301, 323, 329, 331
Ziekteverzuim 36, 43, 122, 212, 213, 256
ZonMw 23, 24, 25, 28, 29, 33, 37, 40, 44, 45, 62, 72, 136, 137, 328
Zorgaanbieder 4, 10, 11, 12, 14, 15, 48, 50, 51, 55, 65, 68, 80, 82, 93, 98, 99, 109, 110, 112, 113, 131, 133, 134, 136, 149, 153, 158, 252, 322
Zorgverzekeraars 4, 10, 11, 12, 14, 29, 30, 48, 54, 55, 59, 65, 66, 67, 68, 99, 100, 132, 133, 134, 135, 137, 143, 150, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 229, 321, 333, 334
Zorgverzekeringen 1, 13, 29, 30, 66, 82, 88, 93, 94, 97, 100, 110, 129, 136, 150, 153, 154, 156, 157, 159, 160, 249, 258, 262