

Vergaderjaar 2006–2007

30 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007

Nr. 2

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave	blz.
A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGS-VOORSTEL	2
Leeswijzer	4
B. DE BEGROTINGSTOELICHTING	8
Beleidsagenda 2007	8
Artikel 41 Volksgezondheid	27
Artikel 42 Gezondheidszorg	48
Artikel 43 Langdurende zorg	68
Artikel 44 Maatschappelijke ondersteuning	81
Artikel 45 Jeugdbeleid	95
Artikel 46 Sport	105
Artikel 47 Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II	114
Niet-beleidsartikel 98: Algemeen	120
Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien	127
Paragraaf voor de diensten die een Baten-lasten administratie voeren	128
Bedrijfsvoeringsparagraaf	144
Financieel beeld	146
Verdiepingshoofdstuk	162
ZBO's en RWT's	188
Conversietabellen	189
Moties	197
Toezeggingen	203
Afkortingenlijst	206
Trefwoordenregister	212

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 2007 vast te stellen.

Alle voor dit jaar vastgestelde begrotingswetten tezamen vormen de Rijksbegroting voor het jaar 2007. Een toelichting bij de Rijksbegroting als geheel is opgenomen in de Miljoenennota 2007.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de uitgaven, verplichtingen en de ontvangsten voor het jaar 2007 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 het Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, het Nederlands Vaccin Instituut en het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de baten en lasten en de kapitaaluitgaven en -ontvangsten van de diensten die een baten-lastenstelsel voeren, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, het Nederlands Vaccin Instituut en het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu voor het jaar 2007 vastgesteld. De in die begrotingen opgenomen begrotingsartikelen worden toegelicht in onderdeel B (Begrotings-toelichting) van deze memorie van toelichting in de paragraaf over de diensten die een baten-lastenstelsel voeren.

Wetsartikel 4

In maart 2005 is door de Minister van Financiën met de Tweede Kamer overleg gevoerd over de uitkomsten van het *interdepartementale beleidsonderzoek (IBO) regeldruk en controletoren* en de naar aanleiding daarvan door het kabinet in december 2004 gedane voorstellen. Tijdens het algemeen overleg op 2 en 3 maart 2005 en in de brief van 9 maart 2005 (Kamerstukken II, 29 949 en 29 950, nr. 5) is toegezegd de getrouwbeeldverklaring van de departementale auditdiensten parallel aan de gewijzigde bedrijfsvoeringsparagraaf over het verslagjaar 2007 in te voeren. De departementen hebben sindsdien belangrijke voortgang geboekt met het treffen van de hiervoor noodzakelijke maatregelen. Om op het ingroeitraject naar met name de getrouwbeeldverklaring geen wettelijke obstakels te laten ontstaan, dienen enkele bepalingen in de Comptabiliteitswet 2001 (CW 2001) te worden aangepast. Dat zal regulier gebeuren via het moderniseringsproject van die wet dat thans gaande is. Om de getrouwbeeldverklaring al over het jaar 2007 te kunnen toepassen is echter een tijdelijke – op het jaar 2007 gerichte – afwijking van de wet

nodig. Dat gebeurt via het onderhavige wetsartikel. Het betreft concreet de aanpassing van artikel 66, vijfde en zesde lid, van de CW 2001. De gewijzigde insteek voor de bedrijfsvoeringsparagraaf in het jaarverslag leidt niet tot een aanpassing van de CW 2001. De inhoud van die paragraaf wordt in de Rijksbegrotingsvoorschriften geregeld.

Samengevat komen de wijzigingen in de bedrijfsvoeringsparagraaf en in de accountantsverklaring op het volgende neer.

Over eventuele rechtmatigheidsfouten en -onzekerheden die de terzake gestelde artikelsgewijze tolerantiegrenzen te boven gaan, zal door de betrokken minister in de bedrijfsvoeringsparagraaf van zijn departementaal jaarverslag worden gerapporteerd. De departementale auditdienst verstrekt bij het aldus opgestelde jaarverslag (en saldibalans) een getrouwbeeldverklaring in plaats van een zogenaamde eisenverklaring. De getrouwbeeldverklaring heeft betrekking op de elementen die onder a tot en met d van het nieuwe zesde lid van artikel 66 in de CW 2001 zijn opgenomen. Daarbij beoordeelt de auditdienst op grond van onderdeel b of de rapportage over de rechtmatigheid van de begrotingsuitvoering klopt en op grond van onderdeel d of er in het jaarverslag eventueel sprake is van strijdigheid tussen de gepresenteerde financiële informatie en de opgenomen beleidsinformatie.

Om aan te sluiten bij de in artikel 58 gehanteerde terminologie wordt in lid 6 van artikel 66 gesproken van *deugdelijke weergave* in plaats van de in accountantskring gebruikelijke formulering van *getrouwe weergave*. Daarmee wordt echter hetzelfde bedoeld. Het is geen bezwaar dat de accountant in zijn verklaring het begrip *getrouwe weergave* gebruikt.

De oordeelsvorming van de Rekenkamer blijft ten opzichte van het verleden ongewijzigd.

In het oude vijfde lid van artikel 66 kan de reikwijdte van de accountantsverklaring (een verklaring omtrent de financiële informatie in het jaarverslag en de saldibalans) worden geschrapt. De reikwijdte staat thans geheel in het zesde lid.

De formulering van de aanhef van het onderhavige wetsartikel luidende: «....komt voor de accountantsdienst van het ministerie van voor het jaar 2007 als volgt te luiden» is zodanig gekozen, dat de accountantsdienst de gewijzigde reikwijdte van de verklaring zowel dient toe te passen met betrekking tot het departementale jaarverslag van het betrokken departement als met betrekking tot een eventueel niet-departementaal jaarverslag waarvoor de betrokken minister verantwoordelijk is (zoals bijvoorbeeld een jaarverslag van een begrotingsfonds of van een van de begrotingshoofdstukken I, II, IV of IXA).

Er wordt in de wettekst nog gesproken van *accountantsdienst* in plaats van *auditdienst*, omdat die terminologie in de Comptabiliteitswet 2001 nog wordt gehanteerd. Bij de voorziene modernisering van de Comptabiliteitswet zal *accountantsdienst* worden vervangen door *auditdienst*.

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

Leeswijzer

Voor u ligt de *Begroting 2007* van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze begroting bestaat uit de volgende onderdelen:

- de beleidsagenda;
- de beleidsartikelen en de niet-beleidsartikelen;
- de diensten die een baten-lastenadministratie voeren;
- de bedrijfsvoeringsparagraaf;
- diverse bijlagen, waaronder het Financieel Beeld Zorg en het verdiepingshoofdstuk.

De beleidsagenda geeft kort de beleidsprioriteiten voor 2007 weer. We werken deze prioriteiten verder uit in de zogenoemde beleidsartikelen. De beleidsartikelen bestaan uit:

- een algemene beleidsdoelstelling;
- een tabel budgettaire gevolgen van beleid;
- de operationele doelstellingen;
- een overzicht met het geplande onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van het beleid.

Behalve beleidsartikelen bevat deze begroting ook zogenoemde niet-beleidsartikelen (artikel 98 en 99). De opbouw van deze niet-beleidsartikelen wijkt af van de hierboven genoemde beleidsartikelen. Artikel 98 bevat de uitgaven die niet specifiek aan een van de beleidsartikelen zijn toe te rekenen. Het gaat daarbij om ministerie- en zorgbrede apparaatsuitgaven, zoals voor het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), de adviesraden, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Zorg-ZBO's. Daarnaast verantwoorden we in artikel 98 de uitgaven aan internationale samenwerking, het strategisch onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI). Artikel 99 is een technisch-administratief artikel.

Begroting nieuwe stijl

De indeling van deze *Begroting 2007* wijkt af van die van de *Begroting 2006*. Het doel van deze verandering is de begroting beter aan te laten sluiten bij de beleidsdomeinen van VWS en vanuit de VBTB-optiek (Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording) te verbeteren. Daarnaast hebben wij het belang van de burger/de cliënt centraal gesteld en hebben wij het inzicht in de budgetflexibiliteit vergroot. In ieder artikel hebben wij ten slotte de doelstellingen aan de actuele beleidsontwikkelingen aangepast en geconcretiseerd. De doelstellingen zijn meetbaar gemaakt door een of meer prestatie-indicatoren op te nemen.

Budgetflexibiliteit

In de begroting 2006 gaven wij inzicht in de budgetflexibiliteit op het niveau van de toen bestaande 17 beleidsartikelen. Met de nieuwe begrotingsindeling geven wij u inzicht in de budgetflexibiliteit op het niveau van de 28 operationele doelstellingen van de 7 nieuwe beleidsartikelen. Het inzicht in de budgetflexibiliteit is daardoor aanzienlijk vergroot. De budgetflexibiliteit is steeds weergegeven in de tabel budgettaire gevolgen van beleid.

Bij iedere operationele doelstelling in de beleidsartikelen is daarnaast een meerjarige tabel opgenomen met de bedragen die geraamd worden voor projectsubsidies, instellingssubsidies, bijdragen aan baten-lastendiensten, bijdragen aan ZBO's, opdrachten en specifieke uitkeringen. Per categorie worden de belangrijkste al aangevane verplichtingen als voorbeeld

genoemd. In de categorie «Nader te bepalen» zijn de bedragen opgenomen die nog niet kunnen worden toebedeeld aan een van deze categorieën. De categorie «Nader te bepalen» komt niet overeen met de budgetflexibiliteit. De budgetflexibiliteit is namelijk op grond van de Rijksbegrotingsvoorschriften opgesteld op basis van de verplichtingen die naar verwachting op 1 januari 2007 zullen zijn aangegaan. In de meerjarige tabel met de geraamde uitgaven per categorie zijn alleen voorbeelden van verplichtingen opgenomen die al aangegaan waren bij het opstellen van deze begroting. Met deze tabel per operationele doelstelling geven wij invulling aan de motie Schippers (TK 2004–2005, 29 800, nr. 55).

Onze begroting bevat een aantal grote inkomensregelingen, rijksbijdragen en specifieke uitkeringen die – bij ongewijzigd beleid – voor meerdere jaren vastliggen. U kunt hierbij denken aan de Zorgtoeslag, de TBU en de uitkering aan de provincies en de grootstedelijke regio's voor het jeugdbeleid. Daarnaast zijn er instellingen die een instellingssubsidie ontvangen en zijn er bijdragen aan ZBO's/RWT's en baten-lastendiensten. In de begroting hebben wij deze posten als meerjarig verplicht aangemerkt. Waar relevant is dit in een toelichting op de budgettaire tabel vermeld.

De niet-beleidsartikelen 98 en 99 hebben wij op dezelfde manier vormgegeven als in de begroting 2006. Dat betekent dat in artikel 98 inzicht in de budgetflexibiliteit op artikelniveau gegeven wordt. De doelstellingen bij dit artikel zijn niet toegelicht met indicatoren. Gezien het karakter van deze uitgaven heeft dat geen toegevoegde waarde. Artikel 99 is een technisch administratief artikel en bevat hoofdzakelijk nog onverdeelde posten.

In de Verdiepingsbijlage is een was-woordtabel opgenomen waarin is aangegeven hoe de oude artikelen (2006) aan de nieuwe artikelen (2007) zijn toebedeeld.

De rijksbijdrage aan het CVZ voor dekking van de kosten Ziekenfondswet is hier niet meer opgenomen, omdat deze wet niet meer van kracht is en deze rijksbijdrage niet goed in het nieuwe artikel 42 Gezondheidszorg past. De totale uitgaven voor het jaar 2005 komen daardoor ook circa € 2,9 miljard lager uit dan in het jaarverslag 2005.

Prestatie-indicatoren in de begroting: concreet en actueel

De motie-Douma (TK, 2004–2005, 29 949, nr. 11) spreekt uit dat de doelstellingen in de begroting zo veel mogelijk in termen van maatschappelijke effecten (*outcome*) en in daarbij passende indicatoren geformuleerd moeten worden. In de nieuwe begrotingsindeling hebben wij de algemene doelstellingen daarom bij alle 7 beleidsartikelen opnieuw geformuleerd in termen van maatschappelijke effecten. Datzelfde geldt voor de bijbehorende indicatoren van 4 van de beleidsartikelen. Bij de algemene doelstellingen van de artikelen 42 Gezondheidszorg, 44 Maatschappelijke ondersteuning en 47 Oorlogsgetroffenen en Herinnering Wereldoorlog II zijn (nog) geen prestatie-indicatoren in termen van *outcome* geformuleerd.

Bij artikel 42 is hier vooralsnog voor gekozen omdat in de Zorgbalans ook verantwoording over het presteren van het stelsel wordt afgelegd. Voor de begroting van 2008 zullen we bezien of het mogelijk is om mede in relatie tot de Zorgbalans één of meer prestatie-indicatoren voor dit artikel te formuleren.

Artikel 44 is een nieuw artikel en op dit moment zijn we bezig de informatievoorziening in te richten. Deze informatievoorziening is van grote invloed op het beschikbaar komen van prestatiegegevens (regulier

en/of periodiek). Daarom is in dit artikel voor de begroting 2007 vooralsnog in hoofdzaak gekozen voor proces- en outputindicatoren. Bij artikel 47 ten slotte geldt dat de twee operationele doelstellingen van dit artikel niet goed zijn samen te vatten in één allesomvattende indicator.

De indicatoren bij de algemene doelstellingen geven een gewenst maatschappelijk effect weer. Hierdoor hebben deze indicatoren een macrokarakter en kunnen wij ze maar gedeeltelijk beïnvloeden. De belangrijkste functie van de indicatoren is dat zij een positieve of negatieve trend kunnen weergeven. Een negatieve trend kan de aanleiding zijn om maatregelen te treffen. Inhoudelijk moeten de indicatoren overigens met enige terughoudendheid beoordeeld worden: zij geven een *indicatie* van de uitkomsten van het beleid weer.

Bij de operationele doelstellingen hebben wij gekozen voor indicatoren die aansluiten bij het directe resultaat van ons beleid. Deze indicatoren kunnen zowel op *outcome* als op *output* betrekking hebben. Een voorbeeld van een *outcome*-indicator is een daling van het percentage rokers. Een voorbeeld van een *output*-indicator is het percentage indicaties van het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ) dat onherroepelijk is afgedaan binnen de termijn die daarvoor geldt.

Bij het opstellen van deze begroting hebben wij veel nieuwe indicatoren ontwikkeld. Wij hebben daardoor nog niet voor alle indicatoren de benodigde informatievoorziening kunnen inrichten. Waar relevant hebben wij vermeld op welk moment de indicator met een waarde «gevuld» zal worden. Op dat moment zullen wij ook een streefwaarde definiëren.

Bij het inrichten van de informatievoorziening sluiten we zo veel mogelijk aan bij de bestaande informatiebronnen. Het is namelijk niet de bedoeling dat de nieuwe begrotingsindeling tot extra administratieve lasten zal leiden. In een aantal gevallen betekent dit dat de indicatoren slechts één keer in de twee tot vier jaar verzameld worden. Dit is bijvoorbeeld het geval als de indicator afkomstig is uit de Zorgbalans (die om de twee jaar verschijnt) of uit de VolksgezondheidsToekomst Verkenningen (VTV) (die om de vier jaar verschijnt). Ook een aantal rapportages van het SCP wordt niet jaarlijks opgesteld. In deze gevallen lichten wij de frequentie waarmee de indicator verzameld wordt, apart toe.

Artikeloverstijgende budgetten

Onze begroting bevat enkele uitgaven die betrekking hebben op meerdere artikelen, zoals programma-uitgaven aan het Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZonMw), het arbeidsmarktbeleid en de ICT-uitgaven in de zorg. Daarbij horen ook de apparaatskosten van de IGZ en de zogeheten zorg-ZBO's.

We hebben de artikeloverstijgende *programma*-uitgaven niet over de beleidsartikelen verdeeld, maar budgettair opgenomen onder de meest relevante operationele doelstelling van de beleidsartikelen Volksgezondheid (bijvoorbeeld ZonMw), Gezondheidszorg (bijvoorbeeld arbeidsmarktbeleid en ICT) of Langdurende zorg (bijvoorbeeld het Fonds Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden).

De artikeloverstijgende *apparaats*uitgaven van onder meer het kerndepartement, de IGZ, het SCP en de zorg-ZBO's hebben we opgenomen in artikel 98. De bijbehorende beleidsmatige teksten staan bij de artikelen en

operationele doelstellingen waar ze beleidsmatig thuishoren. Doel hiervan is het beleid op de beleidsdomeinen zo veel mogelijk integraal te verwoorden.

Begrotingsuitgaven en premiegefinancierde zorguitgaven

In de begroting zijn zowel begrotings- als de premiegefinancierde uitgaven (hierna: premie-uitgaven) opgenomen. Beide uitgaven vallen onder de zogenoemde collectieve uitgaven. Er is een belangrijk verschil tussen beide uitgaven. Bij de *begrotings*uitgaven voeren we zelf het beheer over de middelen die bij de begroting beschikbaar gesteld zijn. Dat wil zeggen: wij gaan alle verplichtingen aan en hebben alle uitgaven zelf gedaan. Bij de premie-uitgaven is dat anders; hieraan liggen individuele beslissingen ten grondslag van de partijen die bij de zorg betrokken zijn: patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Wij zijn bij de premie-uitgaven verantwoordelijk voor de randvoorwaarden en de regelgeving en zien toe op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. De Nederlandse gezondheidszorg is in belangrijke mate een zaak van het particuliere initiatief. Daarmee bedoelen we dat zorg verlenen de primaire verantwoordelijkheid is van private zorgaanbieders en dat voor die zorgverlening betaald wordt binnen privaatrechtelijke verhoudingen tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De premie-uitgaven maken geen deel uit van het wetslichaam en de begrotingsstaat. We hebben deze uitgaven als beleidsinformatie opgenomen in de toelichting bij de begrotingsartikelen. In de toelichting bij de artikelen 41 tot en met 44 maken we bij de beschrijving van het instrumentarium daarom onderscheid tussen begrotingsgerelateerde (B) en premiegerelateerde (P) instrumenten. Artikel 44 bevat slechts enkele premie-instrumenten. Deze zijn apart gemarkeerd (P). De instrumenten in de overige artikelen zijn allemaal begrotingsgerelateerd. Verder hebben we de begrotingsuitgaven en de premie-uitgaven in aparte budgettaire tabellen opgenomen.

De tabellen met zorguitgaven geven een beeld van de verwachte premie-uitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) op het beleidsdomein van het betrokken beleidsartikel. Deze premie-uitgaven hebben we uitgesplitst naar de verschillende sectoren die binnen het beleidsartikel vallen. Voor de verwachte groei in 2007 en volgende jaren hebben wij in de zorgartikelen de zogeheten groeiruumte opgenomen, waarmee onder andere de verwachte demografische groei kan worden opgevangen. Deze groeiruumte is in de tabellen apart weergegeven.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de totale uitgaven en financiering van de zorg in Nederland vindt u in een bijlage bij deze begroting «Het Financieel Beeld Zorg». De belangrijkste mutaties in de begrotingsuitgaven en premiegefinancierde zorguitgaven in het afgelopen jaar hebben we opgenomen in het verdiepingshoofdstuk.

B. DE BEGROTINGSTOELICHTING

Beleidsagenda 2007

Inleiding

De afgelopen drie jaar heeft het kabinet de voorwaarden geschapen voor een betere gezondheidszorg. Een gezondheidszorg die een goed evenwicht kent tussen voorkomen en genezen en tussen solidariteit en individuele verantwoordelijkheid. Die meer werk maakt van de kwaliteit van de zorg en van openheid daarover en waarin de aanbieders meer dan nu met elkaar concurreren.

Doel is dat het stelsel van gezondheidszorg is voorbereid op de demografische en maatschappelijke ontwikkelingen in de komende decennia. Decennia waarin de 65-plussers een vijfde deel van de bevolking vormen, het aantal mensen dat verpleging en verzorging nodig heeft stijgt en een veel grotere groep mensen te maken krijgt met een chronische ziekte. En decennia waarin de consument gemiddeld hoger opgeleid is dan nu en meer eisen stelt aan de dienstverlening.

De zorgconsument speelt in dit stelsel een centrale rol.

Hij kan vrij kiezen in een doorzichtige markt van verzekeraars, die zich daardoor veel meer dan vroeger inzetten voor een goede verhouding tussen prijs en kwaliteit van de geleverde zorg. De verzekeraars op hun beurt zorgen ervoor, dat de aanbieders voldoen aan de wensen van de consumenten.

De overheid zorgt in dit stelsel voor de sociale randvoorwaarden.

Verzekeraars hebben een acceptatieplicht en er is een verbod op premie-differentiatie. Dat betekent dat verzekeraars burgers niet mogen weigeren op grond van hun leeftijd of gezondheid; ook mogen zij van oudere of ongezonde verzekerden geen hogere premies vragen.

Tegelijkertijd moet de burger zich ervan bewust zijn, dat de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid in belangrijke mate bij hemzelf ligt. Zowel als het gaat om een gezonde manier van leven, als om snel herstel bij ziekte of het zorgvuldig omgaan met een chronische aandoening.

Dat is de kern van de gezondheidszorg in de komende decennia.

Voor zo'n systeem hebben wij de afgelopen jaren de randvoorwaarden geschapen.

We hebben gezorgd voor de financiële randvoorwaarden, door met een aantal maatregelen een rem te zetten op de steeds verder stijgende kosten. Daardoor is er financieel een solide basis gelegd voor vernieuwing.

En we hebben gezorgd voor de inhoudelijke randvoorwaarden, die structuur bieden aan een modern stelsel.

Een belangrijke randvoorwaarde is de invoering van de Zorgverzekeringswet. De concurrentie tussen verzekeraars die de basis vormt van die wet, moet leiden tot een gezondheidszorg waar de vraag van de patiënt centraal staat en die hoge kwaliteit levert tegen beperkte kosten. Met deze nieuwe wet kan de consument vrij kiezen tussen verzekeraars, die zich daardoor – net als de zorgaanbieders – meer voor hun cliënten inspannen. De komende tijd zal de uitvoering van deze wet verder vorm krijgen. Om te zorgen voor een goed evenwicht tussen voorkomen en genezen,

komt er de komende tijd ook extra aandacht voor preventie. Het kabinet heeft hierover een aparte brief in voorbereiding, als vervolg op de Preventienota van 2003.

Het komende jaar zal verder in het teken staan van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Deze wet, waarvoor eerder dit jaar parlementaire goedkeuring is gekregen, schrijft gemeenten voor een samenhangend beleid te voeren op het gebied van welzijn, wonen en gezondheid. Bij één loket kunnen burgers terecht voor de diensten, die zij op die drie gebieden nodig hebben om langer zelfstandig te kunnen blijven; één van die diensten is de huishoudelijke hulp die overgaat van de AWBZ naar de gemeenten. Langer zelfstandig functioneren stelt het beroep op zwaardere zorg naar onze overtuiging uit. Mede om die reden hebben we, samen met het ministerie van VROM, initiatieven genomen om meer ouderenbestendige woningen te laten bouwen.

De komende maanden zullen we besteden aan de implementatie van de wet en zullen we gemeenten helpen bij de voorbereiding van de invoering.

De verpleeghuiszorg, voor mensen die niet meer zelfstandig kunnen functioneren, kan de komende vijf jaar rekenen op een forse financiële impuls om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Het kabinet wil de komende periode extra aandacht geven aan de jeugd. We maken een begin met het opzetten van Centra voor Jeugd en Gezin, waar niet alleen het kind, maar ook de andere gezinsleden zo nodig hulp wordt geboden. Voor de provincies is extra geld beschikbaar om de wachtlijsten in de jeugdzorg weg te werken; de gemeenten gaan zoveel als mogelijk de ambulante jeugdzorg voor hun rekening nemen. Meer hierover is te lezen in de Jeugdbrief die het kabinet apart aan de Tweede Kamer zal sturen.

Het eerder dit jaar gepresenteerde programma «Samen voor Sport» zal de komende periode verder worden uitgevoerd.

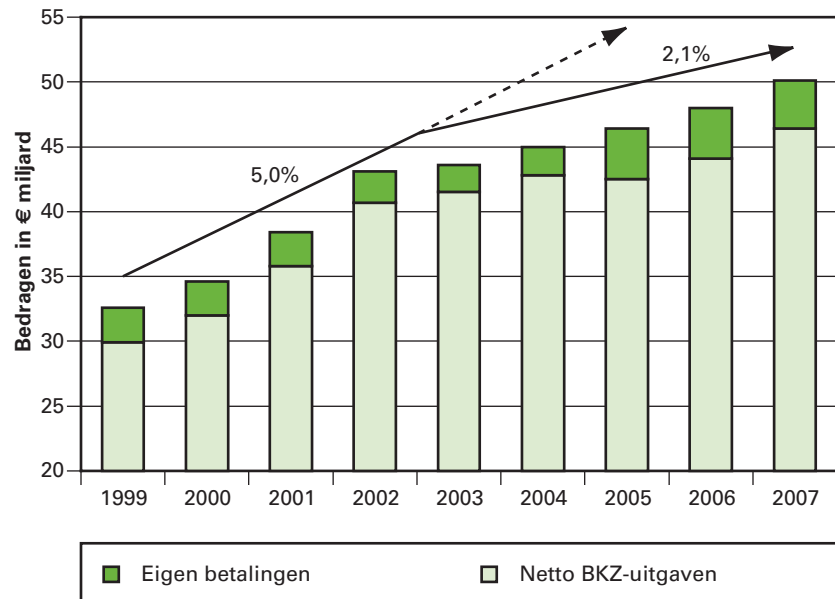
Beheersing van de kosten

Bij het aantreden van dit kabinet was het noodzakelijk om tot beheersing van de kosten te komen. Dat gold voor alle sectoren zowel in de kortdurende als in de langdurige zorg.

We hebben daartoe een aantal stevige maatregelen genomen.

- * Het pakket is ingeperkt.
- * De eigen bijdragen zijn verhoogd.
- * We hebben een convenant gesloten met de ziekenhuizen over verhoging van de doelmatigheid.
- * Ook hebben we afspraken gemaakt met de AWBZ-sector over verhoging van de doelmatigheid.
- * Een overeenkomst met de geneesmiddelenindustrie heeft geleid tot substantiële daling van de kosten van merkloze geneesmiddelen.
- * We hebben de no-claimkorting ingevoerd waarmee we het kostenbewustzijn van de consumenten hebben verhoogd.

Ontwikkeling BKZ-uitgaven



Bron: VWS

In de bovenstaande figuur wordt de ontwikkeling van de bruto BKZ-uitgaven weergegeven. De volumegroei is in de periode 2004–2007 teruggebracht tot 2,1% ten opzichte van 5,0% in de periode 1999–2003. Bij ongewijzigde groei waren de zorguitgaven per inwoner ruim € 300 per jaar hoger geweest in 2007.

De premiestijging voor de zorg (AWBZ en Zvw) bedraagt voor het komende jaar 3%. Dit is het gecombineerde effect van een premiedaling voor de AWBZ en een premiestijging voor de Zvw. De separate premiestijging voor de Zvw wordt geraamd op 10%, maar wordt deels opgevangen door een verhoging van de zorgtoeslag. De premiestijging wordt het komende jaar niet geheel opgevangen door de zorgtoeslag omdat de zorgtoeslag in het afgelopen voorjaar niet is verlaagd, hoewel de premie toen 4% lager uitkwam dan geraamd.

De forse inzet op kostenbeheersing van het begin van de kabinetsperiode heeft een stevig fundament gelegd voor een ander stelsel.

De sterk stijgende lijn van uitgaven is structureel omgebogen. De uitgaven stijgen nog wel – dat is in deze sector in tijden van vergrijzing en technologische ontwikkelingen onvermijdelijk. De stijging is echter aanzienlijk minder sterk dan de afgelopen jaren. Volgens het CBS (bericht van 30 mei 2006) was 2005 het derde jaar waarin de uitgaven minder stegen dan het jaar daarvoor. In 2002 bedroeg de toename nog 13% ten opzichte van het jaar ervoor; in 2005 waren de uitgaven nog maar 2,8% hoger dan het jaar ervoor.

In de Zorgbalans, die het RIVM in 2006 voor het eerst heeft uitgebracht, is de situatie beschreven zoals die in 2004 was, zodat we over enkele jaren de vergelijking kunnen maken.

Overigens is het van belang te constateren dat de maatregelen ter beheersing van de kosten hand in hand zijn gegaan met een verbetering

van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. De gemiddelde wachttijden in poliklinieken en bij dagopnames zijn met 17% gedaald. Zij passen nu binnen de normen.

Nieuwe structuren

De bovengenoemde ingrepen hebben een solide financiële basis gelegd voor vernieuwing.

Daarnaast hebben we de *inhoudelijke* randvoorwaarden geschapen voor een modern, flexibel en toekomstbestendig stelsel.

Een belangrijke randvoorwaarde is de invoering van één stelsel van ziektekostenverzekering voor iedereen. Dat stelsel heeft, door de invoering van concurrentie tussen verzekeraars, een basis gelegd voor de «gereguleerde marktwerking». De consument kan nu vrij kiezen in een doorzichtige markt van verzekeraars, die zich daardoor veel meer dan vroeger inzetten voor een goede verhouding tussen prijs en kwaliteit van de geleverde zorg.

De verzekeraars op hun beurt zorgen ervoor, dat de aanbieders voldoen aan de wensen van de consumenten. Die aanbieders krijgen meer ruimte voor creativiteit door een vermindering van de van bovenaf opgelegde beperkingen. In hun onderhandelingen met de verzekeraars kunnen zij ook worden beloond voor die creativiteit.

Prestatiebekostiging

Een tweede belangrijke structuurwijziging is de invoering in alle sectoren van de zorg van bekostiging op basis van prestaties.

In de op genezing gerichte zorg vindt die prestatiebekostiging plaats op basis van de Diagnose Behandelingcombinaties (DBC's).

Na de ervaring die is opgedaan met het werken met DBC's is de conclusie getrokken dat het systeem van de DBC's eenvoudiger moet. In samenwerking met de betrokken brancheorganisaties¹ bezien we op dit moment welke stappen we verder kunnen zetten.

Op dit moment gelden de vrije prijzen voor medische behandelingen, die de basis zijn van deze marktwerking, voor slechts 10% van de behandelingen. Maar nu al zijn op die gebieden veel voorbeelden te noemen waaruit de gevolgen van deze liberalisatie blijken.

De introductie van DBC's waarbij vrij over de prijzen mag worden onderhandeld heeft geleid tot een grote spreiding in de prijsniveau's per regio, zorgaanbieder, specialisme en diagnose. Het prijsniveau per zorgaanbieder varieert bijvoorbeeld van 23% boven het gemiddelde tot 12% eronder. Het loont daarom zowel voor verzekeraars als voor patiënten absoluut de moeite om te «shoppen» tussen de verschillende aanbieders.

Bron: CTG/ ZAIO, monitor ziekenhuiszorg.

Daarom bekijken we op welke manier we een verdere stap kunnen zetten op het gebied van prijsliberalisering in de ziekenhuissector.

Het is de bedoeling om met ingang van 2008 het systeem van ziekenhuis-bekostiging zo aan te passen dat het de ruimte voor initiatief en verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders verder vergroot. De uitwerking van deze ideeën is te lezen in de brief «Ruimte voor betere zorg» van september 2006. Die brief bevat het voornemen om te komen tot een verhoging van het percentage van de ziekenhuiszorg waarover aanbieders en verzekeraars vrij kunnen onderhandelen. Daarbij moet dan

¹ De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitaire centra, Orde van Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

wel sprake zijn van een integrale prijs. Dat betekent dat in ieder geval ook de investeringskosten (kapitaallasten) integraal deel moeten uitmaken van de DBC-tarieven.

Ook voor de geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg werken we aan financiering op basis van DBC's. Op deze manier sluit de geneeskundige GGZ goed aan bij de rest van de geneeskundige zorg.

Zorgzwaartepakketten

In de verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicapten-zorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg wordt komend jaar prestatiebekostiging ingevoerd op basis van de zogenoemde «zorgzwaartepakketten». Dat betekent dat de instelling niet langer gefinancierd wordt naar het aantal bedden, maar dat de budgetten specifiek worden afgestemd op de hoeveelheid zorg die cliënten nodig hebben.

Voor de instellingen heeft de invoering van zorgzwaartepakketten in 2007 nog geen financiële gevolgen. In het invoeringsjaar 2007 moeten zorgkantoren en aanbieders afspraken maken over pakketten, prijzen en kwaliteit. Vanaf 2008 zullen de financiële effecten van de prestatiebekostiging voor instellingen merkbaar worden.

Toekomst AWBZ

Over de toekomst van de AWBZ zijn het afgelopen jaar rapporten verschenen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de Raad voor de volksgezondheid & zorg (RVZ) evenals het IBO-rapport «Toekomst AWBZ, Eindrapportage van de Werkgroep Organisatie romp-AWBZ».

Het kabinet deelt de analyse van de rapporten dat de huidige (risicoloze) organisatie van de AWBZ niet de beste is uit het oogpunt van doelmatigheid. Verdere overheveling van delen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de Wmo kan bijdragen aan een doelmatiger stelsel van langdurige zorg en ondersteuning, met name door de introductie van financiële prikkels in de invoering.

Het kabinet is echter van mening dat we eerst voldoende ervaring moeten hebben opgedaan met de Zorgverzekeringswet en de Wmo, voordat we nadere stappen zetten. Ook willen wij er zeker van zijn dat pas tot overheveling van onderdelen van de AWBZ naar de zorgverzekering wordt besloten, als zeker is dat het de burger iets oplevert in de vorm van betere zorg tegen lagere kosten en met minder bureaucratische rompslomp. Bovendien mag overheveling uiteraard niet ten koste gaan van toegankelijkheid en kwaliteit. Daarom hebben wij besloten deze bouwstenen uit te werken, zodat het volgende kabinet een weloverwogen besluit kan nemen over de toekomst van de AWBZ.

Openheid en kwaliteit

De financiële maatregelen en de modernisering van de structuren zijn geen doel op zichzelf.

Het zijn beide randvoorwaarden voor een betere gezondheidszorg, waarin de keuzevrijheid van de consument de belangrijkste motor tot verandering is.

Uiteraard begint keuzevrijheid met openheid over prestaties. De vraag is niet meer of die prestaties openbaar moeten zijn, maar op welke manier die openbaarheid geregeld wordt. Want er zijn verschillen tussen het ene ziekenhuis en het andere, tussen het ene verpleeghuis en het andere en tussen de ene arts en de andere. Veel zorgaanbieders zelf weten dat al lang, maar het wordt tijd dat die verschillen ook voor de consumenten zichtbaar zijn.

Openbare gegevens over prestaties prikkelen zorgaanbieders om het beter te doen – niemand wil immers onderaan de ranglijst staan. En openbare gegevens over prestaties prikkelen de consument om kritisch te kijken naar wat hij krijgt voor zijn premiegeld. Hij zal zich sterker bewust worden van het feit dat er écht verschillen zijn.

Kwaliteit is primair de verantwoordelijkheid van de zorgverleners, maar voor versterking van de openheid is een onafhankelijke toezienende partij nodig. Dat is de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Zo heeft de IGZ voor de ziekenhuizen een set indicatoren ontwikkeld waarmee zij hun prestaties zichtbaar kunnen maken. In de verpleging en verzorging heeft de sector die normen zelf ontwikkeld, in samenspraak met de IGZ.

Voor de IGZ heeft dat geleid tot een andere werkwijze. In tegenstelling tot vroeger, toen de inspecteurs elke instelling periodiek bezochten, gaat de inspectie nu af op de gegevens die de instellingen leveren. Inspecteurs bezoeken die instellingen waarvan de gegevens er aanleiding toe geven. De anderen worden steekproefsgewijs bezocht.

De website KiesBeter.nl is en blijft een belangrijk instrument in de transparantie.

Op deze website kan de consument uitgebreide informatie vinden over ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen. De site wordt maandelijks door bijna 100 000 mensen bezocht – rond de invoering van de nieuwe zorgverzekering zelfs door bijna een miljoen. Sneller dan gedacht leert de consument dat er ook in de gezondheidszorg, net als in de rest van de samenleving, veel te kiezen valt.

Ook op het terrein van preventie willen we meer gebruik maken van KiesBeter.nl. De website moet consumenten niet alleen inzicht geven in de kwaliteit van zorgaanbieders en verzekeraars, maar hen ook een steun in de rug geven bij de keuzes voor een gezonde leefstijl.

Kwaliteit

Kwaliteit is primair de verantwoordelijkheid van de zorgverleners. Zij hebben op dat gebied de afgelopen jaren succesrijke initiatieven ontplooid. In de verpleging en verzorging kennen we het programma Zorg voor Beter en in de ziekenhuiszorg Sneller Beter. Voor de publieke gezondheidszorg kennen we sinds 2005 het programma Beter Voorkomen.

Kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg krijgt vorm in het programma «Zorg voor Beter». In de verpleging, verzorging en thuiszorg worden in het komend jaar normen voor verantwoorde zorg ingevoerd, die samen met de sector zijn ontwikkeld. De GGZ en gehandicaptensector volgen later.

Daarnaast kent het programma Zorg voor Beter nog drie specifieke projecten. Het eerste richt zich op het bestrijden van doorligwonden, op medicatieveiligheid en op zeggenschap van patiënten; het tweede is het Landelijk Dementieprogramma en het derde richt zich op innovatie van de zorg. De resultaten van de bestrijding van doorligwonden worden komend jaar zichtbaar.

Naar aanleiding van het NZio-onderzoek naar de doelmatigheid van verpleeghuizen is besloten om de sector gedurende vijf jaar een financiële impuls te geven. De sector moet dat geld gebruiken om te zorgen voor meer handen aan het bed.

In de ziekenhuissector heeft het programma Sneller Beter, dat intussen ruim drie jaar bestaat, een belangrijke rol gespeeld bij het op gang

brengen van de discussie over kwaliteitsverbetering en transparantie. Het programma is begonnen als een gezamenlijk initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en VWS, waarna zich vorig jaar ook de verpleegkundigen hebben aangesloten. In het kader van dit programma heeft een grote groep ziekenhuizen de afgelopen drie jaar laten zien dat ze bereid zijn tot vernieuwing en zich inspannen voor verbetering van de kwaliteit. De eerste evaluatie heeft plaats gevonden en de resultaten spreken voor zich.

Sneller Beter werkt!

De eerste acht ziekenhuizen die in 2003 begonnen zijn met Sneller Beter projecten konden na drie jaar de volgende resultaten melden:

- 58% minder doorligwonden;
- 21% minder pijn na operatie;
- 42% kortere wachttijden in de poliklinieken;
- 25% kortere opnametijd;
- 32% snellere behandeltime.

De vier partners van het programma zijn nu in gesprek over de toekomst ervan. De inzet van VWS is daarbij, dat kwaliteitszorg geen vrijblijvende kwestie mag zijn. Zoals verwoord in de brief «Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda» van februari 2006 staan de volgende vijf punten centraal:

- kwaliteit moet meetbaar zijn;
- gegevens over kwaliteit moeten worden gepubliceerd;
- voor de veiligheid van de zorg moeten er bindende normen zijn: zorg die daaraan niet voldoet, mag niet worden geleverd;
- partijen in de zorg moeten elkaar scherp houden en met elkaar afspraken maken over kwaliteitsprogramma's;
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst de resultaten en treedt zodoende op.

Op het gebied van de publieke gezondheid kennen we het programma *Beter Voorkomen*. Dat programma heeft tot doel te komen tot een meer doelmatige en transparante collectieve preventieve zorg voor de burger. Het programma levert hulpmiddelen om de doelen die gemeenten en instellingen zich stellen op het gebied van kwaliteit en het leveren van goede, verantwoorde zorg te kunnen verwezenlijken.

Om de ontwikkeling van de kwaliteit van de gezondheidszorg te kunnen meten, heeft het RIVM op ons verzoek de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in kaart gebracht. Het is een beschrijving van de uitgangssituatie in 2004, zodat we over enkele jaren de vergelijking kunnen maken.

Jeugd

Het kabinet geeft speciale aandacht aan verbetering van de kwaliteit van het jeugdbeleid, in het bijzonder voor kinderen die op weg naar volwassenheid problemen ondervinden. In lijn met de uitkomsten van Operatie JONG wil het kabinet de rol van gemeenten binnen het preventieve jeugdbeleid versterken. Vanaf 2007 geven we een extra impuls aan gezinsondersteuning via op te richten Centra voor Jeugd en gezin.

Om de informatie-uitwisseling tussen instellingen te verbeteren, ontwikkelen en introduceren we een «Verwijsindex»; daarnaast werken we aan invoering van het elektronisch kinddossier Jeugdgezondheidszorg.

De wachttijden in de jeugdzorg worden voortvarend aangepakt. Wij hebben prestatie-afspraken gemaakt met alle provincies en grootstedelijke regio's, waardoor eind dit jaar kinderen niet langer dan negen weken na de indicatie op zorg hoeven te wachten. Met GGZ-Nederland en Zorgverzekeraars Nederland zijn eveneens prestatie-afspraken gemaakt, zodat ook kinderen in de jeugd-GGZ sneller zorg kunnen krijgen.

De jeugdketen moet meer gebruik maken van bewezen effectieve methoden voor zowel signalering als hulpverlening. Via ZonMw start in 2007 een programma dat kennis over bewezen effectieve methoden gaat opleveren. De jeugdzorgbrigade heeft goede suggesties gedaan om de bureaucratie in de sector te verlichten, die we samen met provincies en veld zullen uitvoeren.

De positie van de burger: sterker én meer verantwoordelijk

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet en de komende invoering van de Wmo verandert er nogal wat aan de positie van de burger. Om zijn rol waar te maken moet hij zich ontwikkelen tot een gelijkwaardige partner in relatie tot de zorgaanbieder en de verzekeraar.

De eerste ervaringen, bij de invoering van de nieuwe zorgverzekering, zijn positief. Velen hebben de moeite genomen kritisch naar het aanbod te kijken en ruim een kwart van de verzekerden heeft een andere verzekering gekozen. Het is een signaal dat de consument zich wil verdiepen in verschillen tussen aanbieders.

De Wet maatschappelijke ondersteuning gaat per 1 januari 2007 in. Deze wet heeft tot doel de kwetsbare burgers, autochtoon en allochtoon te ondersteunen bij de participatie in de samenleving. Dat reikt van opvoedingondersteuning tot een leefbare buurt, van het oplossen van overlast tot het ondersteunen van vrijwilligerswerk.

Burgers worden nadrukkelijk bij de uitvoering van de wet betrokken; de Wmo wordt een wet van en voor alle burgers. Vooraf én achteraf zal het gemeentebestuur zich over zijn beleid moeten verantwoorden in de lokale gemeenschap.

De wet regelt dat burgers recht hebben op compensatie als zij beperkingen ondervinden op de in de wet genoemde gebieden. Het evenwicht tussen algemene en individuele voorzieningen zal op het lokale niveau worden bewaakt. De oplossing kan ook algemeen van aard zijn, als ze maar tot het gewenste resultaat leidt.

De uitvoering van de Wmo gaan we nauwkeurig volgen. We richten ons daarbij op de overgang van de huishoudelijke verzorging, de aanbesteding daarvan, de ondersteuning van de invoering van de wet door gemeenten en de beschikbare middelen voor een goede uitvoering van de wet.

Van belang is te bekijken hoe we de positie van de consument de komende tijd verder kunnen versterken. Mede op verzoek van de patiëntenorganisaties heeft het kabinet in dit kader advies gevraagd naar de wenselijkheid van een zorgconsumentenwet. Na het advies zullen wij ons standpunt bepalen. De bestaande wettelijke regels zijn immers verspreid over een groot aantal wetten en de rechten van zorgconsumenten zijn vaak ingewikkeld geformuleerd. Eén wet zou daar wat meer helderheid in kunnen brengen. De daadwerkelijke besluitvorming over zo'n wet zullen we overlaten aan een nieuw kabinet.

Preventie

Aan de sterkere rol van een steeds kieskeuriger consument is tegelijkertijd de eis verbonden dat hij een grotere verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen gezondheid. Verantwoordelijkheid in de vorm van gezond gedrag (niet roken, matig alcoholgebruik, gewichtscntrole en voldoende bewegen), voorkomen van ziekte (deelname aan screenings- en vaccinatieprogramma's) en in geval van ziekte actief meewerken aan herstel (therapietrouw).

De noodzaak van en rechtvaardiging voor het toekennen van die grotere verantwoordelijkheid aan de burger hangt samen met de toegenomen kennis van de samenhang tussen leefstijl en gezondheid.

De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2006 van het RIVM laat zien dat er nog veel gezondheidswinst te behalen is door een betere leefstijl.

- 13% van de totale ziektelast, vooral longkanker, aandoeningen aan de luchtwegen en coronaire hartziekten, is direct herleidbaar naar tabaksgebruik.
- overmatig gebruik van alcohol veroorzaakt 5% van de ziektelast.
- 10% van de ziektelast is het gevolg van overgewicht.

De komende jaren zal preventie door gezond leven daardoor een prominentere rol gaan spelen in het beleid. In oktober verschijnt een brief over Preventie, waarin de nadruk zal liggen op de bevordering van een gezonde leefstijl. Uitgangspunt is dat de overheid (zowel landelijk als lokaal) mensen ondersteunt bij het maken van gezonde keuzes. De lokale overheid is bij uitstek in staat de leefomgeving zo in te richten dat het mensen stimuleert tot gezonder leven.

Ook de rol van de gezondheidszorg zelf is hierbij van belang. Zorgaanbieders moeten het als hun taak zien de patiënt te wijzen op de gevolgen van zijn gedrag. Zij moeten dat stelselmatiger doen en vooral ook niet vrijblijvend. Zorgverzekeraars kunnen eveneens een belangrijker rol spelen bij preventie dan tot nu toe.

Collectieve preventie

Wat de collectieve preventie betreft stonden de afgelopen jaren in het teken van de voorbereiding op een mogelijke griep пандemie. De in 2005 vastgestelde International Health Regulations (IHR), bedoeld om de internationale verspreiding van ziekten te voorkomen en na uitbraak deze zoveel mogelijk te beheersen, krijgen ook in Nederland vorm. Zo is bij het RIVM een Centrum Infectieziektebestrijding opgericht. Komend jaar zullen we de wetgeving waarop de infectieziektebestrijding is gebaseerd¹ aanpassen en de kennis en bestuurlijke infrastructuur versterken.

Verder nemen de ministeries van VWS en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties initiatieven voor een intensievere samenwerking tussen het openbaar bestuur en de openbare gezondheidszorg, waaronder de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. In dit kader bestaat het voornemen in 2007 de regio's van de GGD'en en de veiligheidsrisico's meer met elkaar in overeenstemming te brengen.

Slimmer gebruik van mensen en middelen

Eén van de grote opgaven voor de komende jaren is om ICT in de gezondheidszorg op brede schaal te gebruiken voor innovatie van zorgprocessen. Op dit moment richt het gebruik zich nog te veel alleen op de administratieve processen.

Centraal in de ontwikkeling van ICT als factor in de verbetering van kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg staat de landelijke invoering

¹ De Infectieziektenwet (1997), de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (1990) en de Quarantainewet (1960).

van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). In de afgelopen jaren zijn de fundamenteen daarvoor gelegd. Zo zijn er voorzieningen getroffen voor het gebruik van het Burgerservicenummer als unieke code voor de patiënten. De wet die dit gebruik regelt zal naar verwachting op 1 januari 2007 van kracht worden.

Daarmee is er nu een landelijke infrastructuur voor de invoering in 2007 van de eerste twee hoofdstukken van het EPD: het Waarneemdossier Huisartsen en het Elektronisch Medicatie Dossier. Tegelijkertijd ontwikkelen en introduceren we met het veld nieuwe toepassingen zoals de verwijfsindex en het elektronisch kind dossier (EKD).

Maar innovatie in de gezondheidszorg is niet alleen een zaak van hard- en software.

Innovatie is ook de organisatie van een ziekenhuis zó veranderen, dat de patiënt en zijn aandoening centraal staan. Dat de indeling in afdelingen niet meer gebaseerd is op een *medisch specialisme*, zoals cardiologie of inwendige geneeskunde, maar op een *aandoening* – waardoor de organisatie de zorgaanbieders stimuleert samen te werken aan betere zorg voor de patiënten die lijden aan die aandoening. Dergelijke vernieuwingen vinden nu al plaats in het kader van het programma Sneller Beter.

Innovatie is ook: samenwerken over de scheidslijnen van eerste en tweede lijn. Stimuleren dat we patiënten zo veel mogelijk dichtbij huis behandelen en hen minder dan nu verwijzen naar duurdere specialistische of intramurale voorzieningen. Stimuleren dat de zorgaanbieders samenwerken over de grenzen van instellingen heen en zo vorm geven aan een hoge kwaliteit van de hele keten van de zorg. Daarvoor is professioneler en doelmatiger organisatie van de eerste lijn noodzakelijk, met schaalvergroting en meer multidisciplinaire samenwerking.

Een goed voorbeeld van innovatie door andere organisatie zijn de diabetescentra, die gekenmerkt worden door een brede multidisciplinaire aanpak. Binnen deze centra werken de verschillende professionals intensief samen. Maar er is ook sprake van een verschuiving van verantwoordelijkheden van de arts naar de gespecialiseerde verpleegkundige. Bovendien wordt een stevig beroep gedaan op de inzet van de patiënt zelf. De diabetes-verpleegkundige biedt de patiënt professionele begeleiding bij alles wat hij zelf kan en moet doen: aanpassing van de leefstijl, medicijngebruik, therapietrouw.

Ten slotte. Nieuwe concepten van ziekenhuiszorg, taakverschuivingen tussen artsen en gespecialiseerde verpleegkundigen en verschuivingen naar teamwork en ketenzorg zijn niet alleen belangrijk voor verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het zijn ook ontwikkelingen die onontbeerlijk zijn met het oog op de arbeidsmarkt in deze sector in de komende decennia. Door de vergrijzing dreigt bij ongewijzigd beleid een fors tekort aan arbeidskrachten. Als de huidige trend zou doorzetten, dan zou straks een kwart van de beroepsbevolking in de gezondheidszorg werkzaam moeten zijn. De druk die dat op de samenleving zou leggen is veel te groot. Ook om die reden is vergaande innovatie van de sector, zowel op het gebied van ICT als in de organisatie van de zorg, noodzakelijk.

Mede daarom is de komende jaren een ingrijpende verandering van de opleidingsstructuur in deze sector nodig. We moeten meer jongeren opleiden voor de gezondheidszorg – meer ook dan strikt nodig is voor de vervanging van de ouderen.

Vorm en duur van de opleidingen moeten worden gemoderniseerd: ze moeten anders, beter, korter en sneller.

We hebben een breder scala aan beroepen nodig, met name om het gat tussen HBO-opgeleide verpleegkundigen en universitair geschoolde artsen te dichten. Voorbeelden daarvan zijn de nurse practitioner en de physician *assistent*. Het College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg is ingesteld om daar de komende jaren tot de noodzakelijke vernieuwingen te komen.

Sport

Voor de jaren 2006–2010 heeft het kabinet in het programma «Samen voor Sport» plannen gemaakt die moeten leiden tot meer sporttalenten en een stijging van het aantal mensen dat voldoet aan de norm gezond bewegen.

«Samen voor Sport» heeft de ambitie dat de Nederlandse topsport de komende jaren de sprong maakt naar de mondiale top tien. Wij willen die ambitie onder meer gaan waarmaken door 75 topcoaches in te zetten bij geselecteerde topsportonderdelen. Ook zullen topsportonderdelen subsidie kunnen krijgen voor hun talentprogramma. De inzet van «talentcoaches» zou moeten leiden tot tien procent meer sporttalenten, en dus meer topsporters.

De ambitie voor de breedtesport is dat in 2010 800 000 mensen meer dan nu voldoen aan de norm gezond bewegen, terwijl het aantal mensen dat inactief is fors daalt. Dat willen we bereiken via zogeheten *community sportactiviteiten*; mensen die in de wijk door buurtgenoten over de streep worden getrokken om te gaan sporten. Ook de Alliantie School en Sport die VWS en OCW met NOC*NSF hebben gesloten is hierop gericht.

Ook zijn er plannen voor speciale doelgroepen.

Zo komen er dit en volgend jaar proefprojecten, in samenwerking met zorginstellingen, om inactieve mensen met een handicap of chronische aandoening aan het bewegen te krijgen. De beste methoden zullen vervolgens landelijk worden ingevoerd.

Om allochtone jongeren voor sport te interesseren heeft VWS samen met het ministerie van Justitie overeenkomsten gesloten met elf grote gemeenten en negen sportbonden, waaronder de KNVB. De financiering voor gemeenten loopt via het Grotestedenbeleid. De afspraken moeten ertoe leiden dat in 2010 allochtone jongeren net zo veel sporten als de autochtone jongeren.

De sportbonden gaan ervoor zorgen dat in de betrokken gemeenten sportverenigingen zich speciaal gaan richten op allochtone jongeren. De gemeenten zullen er samen met jeugdinstanties voor zorgen dat de jeugd bij verenigingen terecht komt, en goed begeleid wordt.

Verder streven we naar de introductie van een keurmerk voor sportverenigingen. Zo'n keurmerk geeft aan dat een vereniging voldoet aan eisen op gebied van de accommodatie, kader, gezondheid, hygiëne, maar ook sportiviteit. De invoering van een keurmerk heeft mede tot doel uitwassen zoals geweld op en rond het veld en overmatig alcoholgebruik in sportkantines terug te dringen.

Tenslotte willen we ook de kwaliteit en het imago van de scheidsrechters bij diverse teamsporten verbeteren. Het Masterplan Arbitrage moet ertoe leiden dat in 2010 bij negen sportbonden bijna alle (90%) van de competitiewedstrijden geleid worden door een gekwalificeerde scheidsrechter.

Daarnaast wordt gewerkt aan een meer divers scheidsrechterscorps: meer jeugd, meer allochtonen en meer vrouwen.

Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf beschrijft het financiële beleid op hoofdlijnen. Allereerst wordt een totaaloverzicht gepresenteerd van de totale zorguitgaven en de begrotingsuitgaven in 2007. Vervolgens zijn twee tabellen opgenomen waarin de belangrijkste mutaties zijn opgenomen: één voor de uitgaven die uit premiegelden betaald worden en één voor de uitgaven die uit begrotingsgelden betaald worden.

Tabel 1: Totale zorguitgaven onder het Budgettair Kader Zorg (bedragen x € 1 miljoen)			
	2007		2007
41 – Volksgezondheid	52	43 – Langdurige zorg	21 563
Preventieve zorg	51	Geestelijke gezondheidszorg	3 588
Groeiruimte Volksgezondheid	1	Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	87
42 – Gezondheidszorg	25 448	Gehandicaptenzorg	4 859
Huisartsen	1 726	Verpleging & Verzorging	10 619
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	651	Persoonsgebonden budgetten	893
Paramedische hulp	446	Subsidies langdurige zorg	88
Verloskunde en kraamzorg	398	Beheerskosten/diversen AWBZ	219
Dieetadvisering	28	Groeiruimte langdurige zorg	1 211
Groeiruimte extramurale zorg	71		
Algemene en categorale ziekenhuizen	9 840	44 – Maatschappelijke ondersteuning	157
Academische ziekenhuizen	2 799	MEE-instellingen	157
Medisch specialisten	1 714		
Overig curatieve zorg	435	99 – Nominaal en onvoorzien	952
Groeiruimte overig curatieve zorg	4	Nominaal en onvoorzien	952
Ambulancevervoer	341		
Overig ziekenvervoer	139	Overig	1 916
Groeiruimte ziekenvervoer	4	Wmo (Gemeentefonds)	1 279
Farmaceutische hulp	4 990	Opleidingsfonds (Begroting VWS)	637
Hulpmiddelen	1 319		
Grensoverschrijdende zorg	493	Totaal Zorguitgaven	50 087
Subsidies Gezondheidszorg	49		

Tabel 2: Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 miljoen)

	2007		2007
41 – Volksgezondheid	785	46 – Sport	102
Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	296	Gezond door sport	10
Bevorderen van een gezonde leefstijl	29	Meedoen door sport	64
Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg	366	Personeel en materieel kernministerie	3
Personeel en materieel kernministerie	8	Sport aan de top	25
Voedsel- en productveiligheid	80		
Voorkomen gezondheidsschade door ongevallen	6	47 Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II	404
		Herinnering en bewustzijn WO II	9
42 – Gezondheidszorg	5 635	Personeel en materieel kernministerie	1
Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg	4 705	Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II	394
Consument kiest zorgverzekeraar en zorgaanbieder	2		
Personeel en materieel kernministerie	8	98 – Algemeen	277
Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod	73	Beheer en toezicht stelsel	80
Realisatie toegankelijk zorgaanbod	847	Gezondheidsraad	4
		Inspectie Gezondheidszorg	37
43 – Langdurige zorg	4 827	Internationale samenwerking	12
Keuze kwalitatief voldoende zorgaanbod	21	Personeel en materieel kernministerie	110
Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod	5	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	2
LZ is collectief en voor client betaalbaar	4 609	Raad voor Gezondheidsonderzoek	0
Personeel en materieel kernministerie	5	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1
Tijdige en goede indicatie	136	Sociaal en Cultureel Planbureau	6
Toegang vergelijkbare informatie zorgaanbod	51	Strategisch onderzoek NVI	5
		Strategisch onderzoek RIVM	20
44 – Maatschappelijke ondersteuning	485	99 Nominaal en onvoorzien	- 17
Actieve participatie in maatschappelijke verbanden	24	Loonbijstelling	4
Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning	89	Onvoorzien	0
Personeel en materieel kernministerie	4	Prijsbijstelling	8
Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen	63	Taakstelling	- 29
Tijdelijke ondersteuning van burgers met beperking	305		
		Totaal begrotingsuitgaven	13 589
45 – Jeugdbeleid	1 091		
Betaalbare jeugdzorg	1		
Inspectie jeugdzorg	4		
Kwalitatief goede jeugdzorg	8		
Personeel en materieel kernministerie	3		
Tijdig juiste hulp voor geïndiceerde kinderen	874		
Tijdige indicatie ernstig bedreigde kinderen	156		
Tijdige ondersteuning bij opvoeden en verzorgen	45		

Tabel 3: Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven in de jaren 2006 t/m 2011

<i>bedragen in € miljoen</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006	43 780,8	46 336,1	48 766,2	51 259,5	53 907,9	
<i>Uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>47 637,7</i>	<i>50 221,5</i>	<i>52 716,1</i>	<i>55 315,7</i>	<i>58 072,1</i>	
<i>Ontvangsten</i>	<i>3 856,9</i>	<i>3 885,6</i>	<i>3 950,0</i>	<i>4 056,2</i>	<i>4 164,2</i>	
Mutaties 1^e Suppletore Wet 2006						
a. Doorwerking afrekening 2005	2,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	
b. Convenant Geneesmiddelen	- 88,0	- 88,0	- 88,0	- 88,0	- 88,0	
c. Experiment fysiotherapie	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	
d. Ombuigingsbijdrage	65,0					
e. Macro loon- en prijsbijstelling (CEP 2006)	- 63,4	- 113,5	- 114,2	- 123,6	- 131,2	
f. Diversen	37,5	10,7	10,1	10,0	10,0	
g. IJklijnmutaties	- 1,0	- 7,0	- 26,8	- 30,2	- 30,6	
Stand 1^e Suppletore Wet 2006	43 750,2	46 154,8	48 563,9	51 044,4	53 684,8	
<i>wv uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>47 607,1</i>	<i>50 040,4</i>	<i>52 513,9</i>	<i>55 100,6</i>	<i>57 849,0</i>	
<i>wv ontvangsten</i>	<i>3 856,9</i>	<i>3 885,6</i>	<i>3 950,0</i>	<i>4 056,2</i>	<i>4 164,2</i>	
Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers						
h. Aanvullende doorwerking afrekening 2005	- 4,9	36,3	36,3	36,3	36,3	
Maatregelen en beleidsaanpassingen						
i. Ziekenhuizen	192,0	291,0	291,0	291,0	291,0	
j. Uitgavenbeperking ziekenhuizen		- 291,0	- 291,0	- 291,0	- 291,0	
k. Dure geneesmiddelen	112,0	120,0	120,0	120,0	120,0	
l. Terugdraaien pakketmaatregelen		12,5	12,5	12,5	12,5	
m. Convenant geneesmiddelen		- 128,0	- 128,0	- 128,0	- 128,0	
n. Doelmatigheidsimpuls Verpleeghuizen		63,0	138,0	138,0	63,0	
o. OVA	26,0	97,7	100,9	105,7	111,1	
Technische en macro-economische mutaties						
p. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2007)	15,9	299,6	609,3	657,6	680,9	
q. IJklijnmutaties	- 32,7	- 280,4	- 280,4	- 280,4	- 280,4	
r. Overig	0,1		0,1	0,2	0,2	
Stand ontwerpbegroting 2007	44 058,6	46 375,0	49 172,7	51 706,1	54 300,3	57 085,2
<i>wv uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>47 915,5</i>	<i>50 086,9</i>	<i>52 948,8</i>	<i>55 588,7</i>	<i>58 290,8</i>	<i>61 184,7</i>
<i>wv ontvangsten</i>	<i>3 856,9</i>	<i>3 711,9</i>	<i>3 776,1</i>	<i>3 882,6</i>	<i>3 990,5</i>	<i>4 099,5</i>

Tabel 3 laat de ontwikkeling van de netto BKZ-uitgaven zien vanaf de stand ontwerpbegroting 2006. Eerst worden de wijzigingen uit de 1^e Suppletore Wet weergegeven. Dan volgen de wijzigingen die daarna hebben plaatsgevonden.

Toelichting bij de mutaties uit de tabel:

a. Doorwerking afrekening 2005

Uit de voorlopige afrekening van de uitgaven 2005 bleken per saldo een structurele meevaller van € 0,3 miljoen en voor 2006 een (incidentele) financieringsmutatie van € 2,6 miljoen.

Meevallers deden zich voor bij de geneesmiddelen (€ 104,9 miljoen), hulpmiddelen (€ 96,9 miljoen) en kraamzorg (€ 35,6 miljoen). Tegenvallers deden zich onder andere voor bij de fysiotherapie (€ 28,6 miljoen), tandheelkundige specialistische zorg (€ 17,8 miljoen) en overig curatieve zorg (€ 16,3 miljoen), preventie (€ 3,6 miljoen) en ergotherapie (€ 0,8 miljoen).

Verder was voor het jaar 2005 al rekening gehouden met een volume-effect dat verwacht werd door de invoering van de

no-claimteruggaveregeling in de zorgverzekeringswet (€ 170 miljoen). Bij de raming van dit bedrag is destijds uitgegaan van CPB-ramingen. Aangezien uit de afrekening forse meevallers zijn gebleken, is ervan uitgegaan dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling is gerealiseerd.

b. Convenant geneesmiddelen

De besparing die in 2006 wordt gerealiseerd door het convenant geneesmiddelen is naar verwachting € 88 miljoen hoger dan eerder aangenomen.

c. Experiment fysiotherapie

De prijzen in de fysiotherapie zullen in 2006 naar verwachting zo'n 8,5% stijgen, hiervan is ongeveer 3% een reguliere loonprijsstijging. Dit zorgt voor een feitelijke extra prijsstijging van 5,5% en brengt € 17 miljoen aan meerkosten met zich mee.

d. Ombuigingsbijdrage

Naar aanleiding van de uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB), dat de (incidentele) extra korting voor de periode 1 juli 2003 tot en met 31 december 2003 in strijd is geweest met wet dan wel enig beginsel van behoorlijk bestuur, heeft NZAio besloten de incidentele korting terug te draaien. Voor de AWBZ-sectoren is dit reeds in 2005 gerealiseerd en voor de cure zal dit naar verwachting in 2006 gebeuren (€ 65 miljoen).

e. Macro loon- en prijsbijstelling (CEP 2006)

De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van het Centraal Economisch Plan 2006 van het Centraal Planbureau (CPB).

f. Diversen

Dit betreft met name het terugdraaien van de eerder bij begroting 2006 voor de AWBZ-sectoren doorgevoerde intertemporele schuif van € 34 miljoen uit 2006 naar 2005.

g. IJklijnmutaties

Deze post is het saldo van mutaties, die samenhangen met overboekingen tussen het Budgettair Kader Zorg en de ijklijn Rijksbegroting eng.

h. Doorwerking herziene afrekening 2005 (excl. ziekenhuizen)

In juni zijn de zorguitgaven 2005 opnieuw afgerekend. Hiervoor is gebruik gemaakt van nieuwe (meer definitieve) cijfers van onder andere het NZAio. Uit deze herziene afrekening blijkt een structurele tegenvaller van per saldo € 36,3 miljoen. Deze wordt veroorzaakt door een tegenvaller bij de medisch specialisten (€ 41 miljoen). Per saldo is er verder sprake van een structurele meevaller van € 4,7 miljoen. In 2006 doet zich daarnaast nog een incidentele meevaller voor van € 41,2 miljoen, omdat de beschikbare cijfers over budgetten en financiering aangeven dat de bedragen die over de jaren tot en met 2005 nog met de zorginstellingen moeten worden afgerekend (financieringsachterstand) lager uitvallen dan was aangenomen.

i. Ziekenhuizen

Uit nieuwe cijfers van het NZAio blijkt dat de volumeontwikkeling in 2005 bij de ziekenhuizen hoger is dan in het prestatiecontract Ziekenhuizen/

convenant UMC's is overeengekomen. Hierdoor ontstaat een structurele tegenvaller van € 192 miljoen in 2006, die naar verwachting in 2007 zal oplopen tot € 291 miljoen.

Zoals eerder bij de voortgangsrapportage over de DBC's (TK 2005–2006, 29 248, nr. 27) is gemeld, zal daarnaast sprake zijn van een overdekking van de ziekenhuisbudgetten in 2005. Dat wil zeggen dat de omvang van de betaalde declaraties van in 2005 reeds afgesloten DBC-trajecten en de waarde van de reeds verrichte werkzaamheden aan op 31 december 2005 nog openstaande DBC's, de omvang van de NZAio-budgetten overtreft. Zoals ook in de rapportage is aangekondigd wordt thans door partijen gewerkt aan de oplossing. Die oplossing voorziet erin dat de omvang van de overdekking over 2005 nader wordt vastgesteld en de geconstateerde overdekking ongedaan wordt gemaakt, waardoor uiteindelijk de financiering over 2005, afgezien van de zogenaamde overloopschade, zal aansluiten met de budgetten van de ziekenhuizen.

Voor de raming van de omvang van de financiering over 2005 en de daaruit volgende veronderstelling over de vanaf 2006 in te halen bedragen is er dan ook vanuit gegaan dat de financiering van de budgetten en de lumpsummen in 2005 uiteindelijk gelijk zal zijn aan de omvang van de budgetten en de lump summen. De tabel laat dan ook geen effect voor het ongedaan maken van de overdekking in 2005 zien in 2006 of latere jaren.

j. Uitgavenbeperking ziekenhuizen

Om de bovenvermelde volumeoverschrijding te compenseren wordt vanaf 2007 een macrokorting van € 192 miljoen doorgevoerd. In 2007 wordt een aanvullende kortingsmaatregel genomen indien de restant-problematiek niet binnen het prestatiecontract Ziekenhuizen/convenant UMC's wordt opgelost.

k. Dure intramurale geneesmiddelen

De budgettaire consequenties van de beleidsregel dure geneesmiddelen nemen in de periode 2005 tot en met 2007 naar verwachting toe met € 198 miljoen in 2007. De oorzaak hiervan is gelegen in de aanpassing van de beleidsregel dure geneesmiddelen. Het variabele vergoedingspercentage van maximaal 75% is vanaf 2006 gewijzigd in een voor ieder ziekenhuis gelijk vergoedingspercentage van 80% van de kosten van een geneesmiddel dat op grond van de beleidsregel voor vergoeding in aanmerking komt. Verder groeit het gebruik van bestaande dure geneesmiddelen en worden er jaarlijks op grond van de beleidsregel nieuwe middelen voor vergoeding in aanmerking genomen. Het laatste is met name in 2006 het geval.

In de ramingen voor de periode 2005 tot en met 2007 is rekening gehouden met € 52 miljoen in 2006 en € 78 miljoen vanaf 2007. Dit leidt tot extra uitgaven van € 112 miljoen in 2006 en € 120 miljoen structureel vanaf 2007. De raming voor de ziekenhuizen wordt hiervoor opgehoogd zodat patiënten die deze dure geneesmiddelen nodig hebben, zoals sommige groepen kankerpatiënten, deze kunnen blijven krijgen.

l. Terugdraaien pakketmaatregelen

Per 1 januari 2004 is de pakketmaatregel ingevoerd om de eerste IVF-behandeling niet langer te vergoeden. Op verzoek van de Tweede Kamer is deze maatregel teruggedraaid per 1 januari 2007. Dit levert een tegenvaller op van € 18 miljoen. Hiervan wordt € 8 miljoen gedekt door een veronderstelde doelmatigheidswinst.

De Tweede Kamer heeft ook aangedrongen op versoepeling van de pakketmaatregel waardoor de buikwandcorrectie niet langer vergoed wordt. Hieraan willen wij onder strikte voorwaarden tegemoetkomen. Het zal hierbij moeten gaan om aantoonbare lichamelijke functiestoornissen bij een beperkt aantal indicaties, strak geprotocolleerd en objectief vast te stellen. Dit levert naar verwachting een tegenvaller op van € 2,5 miljoen.

m. Convenant geneesmiddelen

De besparing die in 2007 wordt gerealiseerd door het convenant geneesmiddelen is naar verwachting € 128 miljoen hoger dan eerder aangenomen. Deze komt bovenop de extra structurele opbrengst in 2006.

n. Doelmatigheidsimpuls verpleeghuizen

Naar aanleiding van het NZAio-rapport over verpleeghuizen zijn voor 5 jaar extra middelen toegekend ten behoeve van de verhoging van de doelmatigheid in verpleeghuizen.

o. OVA

De incidentele loonontwikkeling in de OVA is hoger vastgesteld dan waar eerder van was uitgegaan. Dit leidt tot een oplopende reeks.

p. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2007)

De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de Macro-Economische Verkenning 2007 van het Centraal Planbureau (CPB).

q. Ijklijnmutaties

Deze post is het saldo van mutaties, die samenhangen met overboekingen tussen het Budgettair Kader Zorg en de ijklijn Rijksbegroting eng. Het betreft voornamelijk de verschuiving van de uitgaven forensische zorg naar de begroting van het ministerie van Justitie.

Tabel 4: Ontwikkeling begrotingsuitgaven 2007

Bedragen x € 1 000	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006	12 658 137	13 306 700	13 708 635	14 093 975	14 207 398	14 207 398
a. Motie: preventief jeugdbeleid	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
b. Motie: sportaccommodaties	10 000	0	0	0	0	0
c. Motie: topsportfaciliteiten	10 000	0	0	0	0	0
d. Amendement: heroïnebehandelplaatsen	650	0	0	0	0	0
Mutaties 1^e Suppletore Wet 2006	262 547	197 568	155 466	146 604	132 729	343 246
<i>Waarvan belangrijkste beleidsmatige mutaties:</i>						
e. Elektronisch kinddossier en verwijzindex	25 000	0	0	0	0	0
f. Voorkomen infectieziekten	10 662	10 662	10 662	10 662	10 662	10 662
g. Wet maatschappelijke ondersteuning	30 000	0	0	0	0	0
h. Wachtlijsten jeugdzorg	67 000	92 000	44 000	40 000	40 000	40 000
i. Ramingbijstelling	- 25 000	- 25 000	- 25 000	- 25 000	- 25 000	- 25 000
Stand 1^e Suppletore Wet 2006	12 951 334	13 514 268	13 874 101	14 250 579	14 350 127	14 560 644
Mutaties sinds de 1^e Suppletore Wet 2006	- 115 316	75 206	- 141 672	- 267 238	48 914	186 478
<i>Waarvan belangrijkste beleidsmatige mutaties:</i>						
j. Infectieziektebestrijding	0	16 790	20 025	21 525	20 925	22 725
k. Elektronisch Medicatie Dossier	1 370	19 270	37 370	38 000	38 000	38 000
l. Geneesmiddelenvoorziening	3 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
m. Valys-regeling	0	0	10 000	10 000	10 000	9 000
n. Wet maatschappelijke ondersteuning	- 30 000	- 42 000	- 42 000	- 42 000	- 42 000	- 42 000
o. Gesloten jeugdvoorzieningen	0	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000
p. Opleidingenfonds		636 700				
q. Mantelzorgondersteuning		65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
Stand ontwerpbegroting 2007	12 836 018	13 589 474	13 732 429	13 983 341	14 399 041	14 747 122

Tabel 4 laat de ontwikkeling van de uitgaven van de VWS-begroting zien vanaf de stand ontwerpbegroting 2006 tot de stand ontwerpbegroting 2007. Eerst worden de wijzigingen als gevolg van de moties en amendementen weergegeven. Vervolgens worden de belangrijkste mutaties uit de 1^e suppletore wet 2006 gepresenteerd. Tot slot volgen de mutaties die sinds de 1^e suppletore wet 2006 hebben plaatsgevonden. De belangrijkste mutaties worden afzonderlijk genoemd en worden hieronder kort toegelicht.

Toelichting op de posten uit de tabel:

- Als gevolg van de motie Verhagen (kamerstuk 30 300, nr. 9) worden middelen beschikbaar gesteld voor preventief jeugdbeleid.
- Er worden eenmalig extra middelen beschikbaar gesteld voor een kwaliteitsimpuls van sportaccommodaties rond scholen en buurten (motie Verhagen: kamerstuk 30 300, nr. 9).
- Er worden eenmalig extra middelen beschikbaar gesteld voor topsportfaciliteiten (motie Van Aartsen: kamerstuk 30 300, nr. 16).
- Overheveling van het ministerie van Justitie als gevolg van een amendement van de Tweede Kamerleden Van Miltenburg en Van der Laan (kamerstuk 30 300 XVI, nr. 97). Dit amendement heeft tot doel om voor de jaren 2006 en 2007 honderd behandelplaatsen voor chronische heroïneverslaafden te financieren onder medefinanciering van de betreffende gemeenten.
- Er wordt eenmalig € 20 mln in de jeugdgezondheidszorg ingezet voor het elektronisch kinddossier en € 5 mln voor de verwijzindex.

- f. Er worden middelen ingezet voor het voorkomen van infectieziekten. Het gaat hier om drie clusters, te weten de voorbereiding op de griep pandemie, «gewone» infectieziekten en SOA-bestrijding.
- g. Er worden generaal middelen beschikbaar gesteld in verband met de invoeringskosten van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- h. Er worden structureel middelen ingezet voor de terugdringing van wachtlijsten in de jeugdzorg.
- i. Bij 1^e suppletore wet 2006 is een structurele ramingsbijstelling opgelegd. Gelet de ervaringen uit voorgaande jaren dat er jaarlijks sprake is van onderuitputting, wordt de begroting van VWS structureel met een bedrag van € 25 miljoen naar beneden bijgesteld. Het bedrag van € 25 miljoen is «geparkeerd» op dit artikel omdat van te voren niet bekend is waar de onderuitputting zich zal voordoen.
- j. Er worden middelen ingezet voor het voorkomen van infectieziekten. Het gaat hier om drie clusters, te weten de voorbereiding op de griep pandemie, «gewone» infectieziekten en SOA-bestrijding.
- k. Er worden middelen overgeheveld vanuit de premie ter bevordering van ICT in de zorg (invoering Elektronisch Medicatie Dossier en Waarneem Dossier Huisartsen (EMD/WDH) en de activiteiten van VWS in het kader van het Programma Administratieve Lasten).
- l. Om een kwalitatief goede en doelmatige geneesmiddelenvoorziening tegen aanvaardbare kosten te handhaven na afloop van de convenantsafspraken zijn flankerende maatregelen nodig in de geneesmiddelenketen. Hieraan zal uitvoering worden gegeven door onder meer het uitvoeren van meer onderzoeken naar de doelmatigheid en het bevorderen van innovaties in de keten.
- m. Overheveling uit de generaal middelen voor het ongedaan maken van de limitering van het aantal te bereizen kilometers in de Valys-regeling. De overheveling vloeit voort uit een op de begroting 2005 door de Tweede Kamerleden Dijksma en Van der Ham ingediend amendement.
- n. Met ingang van 1 januari 2007 zal de Wmo in werking treden. Met deze wet wordt de verantwoordelijkheid voor een aantal voorzieningen uit de AWBZ overgedragen aan gemeenten. Om dit te realiseren worden onder andere deze middelen overgeboekt naar het Gemeentefonds.
- o. Er worden middelen ingezet voor het creëren van extra capaciteit bij gesloten jeugdvoorzieningen.
- p. De opleidingskosten voor de erkende medische en tandheelkundige specialismen en de erkende bètaberoepen (ziekenhuisapotheker, klinisch fysicus en klinisch chemicus) worden vanaf 2007 uit het opleidingsfonds betaald. Met deze zogeheten eerste tranche opleidingen is een bedrag van € 636,7 miljoen gemoeid. De eerste tranche opleidingen wordt in 2007 vanuit de VWS-begroting gefinancierd.
- q. Naar aanleiding van het amendement van kamerlid Van der Vlies (aangenomen bij de behandeling van het belastingplan 2006), wordt vanaf 2007 65 mln. structureel extra uitgegeven voor de ondersteuning van mantelzorgers. De te ontwerpen regeling komt in de plaats van een fiscale stimulans voor mantelzorgers.

Artikel 41 Volksgezondheid

41.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een goede volksgezondheid, waarbij mensen gezond leven en zo min mogelijk bloot staan aan bedreigingen van hun gezondheid.

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2007

- De acties uitvoeren van de in 2006 aan de Kamer aan te bieden Preventiebrief (41.3.1)
- Een Centrum Gezond Leven vormen bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), (41.3.1)
- Het Convenant Overgewicht uitvoeren (41.3.1)
- Zorg te dragen voor een goede structuur voor infectieziektebestrijding (41.3.4)
- De International Health Regulations implementeren in de Wet collectieve preventie gezondheidszorg (41.3.5)
- Een elektronisch kinddossier invoeren (41.3.5)
- Vervolg geven aan de evaluatie van de jeugdgezondheidszorg (41.3.5)

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn ervoor verantwoordelijk:

- de eigen verantwoordelijkheid van de burgers voor een gezonde leefstijl te bevorderen;
- randvoorwaarden te scheppen voor vernieuwingen in preventie en zorg om de volksgezondheid te borgen en te verbeteren;
- de gezondheid en veiligheid van de consument te borgen door de consument te beschermen tegen onveilige consumentenproducten en levensmiddelen;
- de burgers te beschermen tegen (de gevolgen van) infectieziekten en rampen;
- zorg te dragen voor een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan het borgen en verbeteren van de volksgezondheid.

Wij moeten deze taken zo doelgericht, effectief en doelmatig mogelijk uitvoeren. Of beleidsdoelen worden bereikt, hangt echter voor een groot deel af van inspanningen van derden, zoals producenten van goederen en levensmiddelen, sociale partners, scholen, gemeenten en zorg-verzekeraars. Ook hangt het bereiken van de doelen af van de burgers zelf, omdat zij primair verantwoordelijk zijn voor een gezonde leefstijl. Andere ministeries dragen vanuit hun eigen expertise bij aan de preventie van gezondheidsschade, zoals het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werkende bevolking), het ministerie van Verkeer en Waterstaat (onder andere veiligheid wegnnet) en het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (voedselkwaliteit) en Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieu (veilige en gezond geventileerde gebouwen).

Ook gemeenten spelen een belangrijke rol bij het behalen van de beleidsdoelen. De Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) verplicht gemeenten te bevorderen dat collectieve preventie tot stand komt, gecontinueerd wordt en samenhang krijgt. Ook moeten gemeenten bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventie-programma's. Sinds 2003 zijn gemeenten verplicht iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken, waarin zij hun ambities en

keuzes op het gebied van volksgezondheid en preventie beschrijven. Gemeenten laten hun wettelijke preventietaken in de praktijk grotendeels uitvoeren door «hun» GGD.

De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) controleert de naleving van regels op het gebied van eet- en drinkwaren en consumentenproducten en moet bovendien mogelijke gezondheidsbedreigende situaties signaleren. Deze regels zijn hoofdzakelijk ingegeven vanuit Europese regelgeving op het terrein van voedsel en waren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de volksgezondheid en de kwaliteit van de door zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaren geleverde zorg. Daarnaast inspecteert de IGZ de infectiepreventie door zorginstellingen.

Het nationale preventiebeleid is steeds meer afhankelijk van ontwikkelingen en afspraken op Europees of mondiaal niveau. De VWA is bijvoorbeeld onder andere opgericht als gevolg van de verordening voor de totstandkoming van een Algemene Europese Voedselwet (General Food Law). Op het terrein van infectieziektebestrijding is sprake van een groeiende internationale afstemming en samenwerking met het Europese Center for Disease Control and Prevention (eCDC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Daarnaast vinden er vanwege de harmonisatie van EU-wetgeving met grote regelmaat aanpassingen in de nationale wet- en regelgeving plaats.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen in jaren:				
mannen	69,9	2003	≥ 69,9	≥ 69,9 (2010)
vrouwen	69,8	2003	≥ 69,8	≥ 69,8 (2010)
<i>Bron: RIVM (VTV 2006) Zorg voor Gezondheid, De Hollander, et al, RIVM 2006).</i>				

Toelichting:

Wij streven ernaar Nederland terug te brengen naar de top vijf van Europese landen met de hoogste levensverwachting, door de burger gezonder te laten leven.

41.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	504 432	526 209	567 556	766 831	777 131	810 047	813 595
Uitgaven	553 021	771 164	785 045	771 905	780 310	812 813	816 342
Programma-uitgaven	545 848	762 336	776 731	763 675	772 080	804 583	808 112
Bevorderen van een gezonde leefstijl	36 949	29 908	28 664	25 404	25 434	25 434	25 434
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			65	60	58	58	58
Voedsel- en productveiligheid	89 397	87 225	79 648	81 802	82 513	82 513	82 513
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			94	92	91	91	91
Voorkomen gezondheidsschade door ongevallen	0	0	5 925	3 875	3 105	3 105	3 105
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			89	99	99	99	99
Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	73 150	271 596	296 346	291 473	299 497	336 061	340 205
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			90	88	87	89	88
Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg	346 352	373 607	366 148	361 121	361 531	357 470	356 855
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			99	97	96	94	94
Apparaatsuitgaven	7 173	8 828	8 314	8 230	8 230	8 230	8 230
Ontvangsten	13 109	8 623	13 123	12 323	16 723	20 223	15 623

De bijdragen aan de baten-lastendiensten (RIVM, VWA, NVI, CIBG), de bijdrage aan ZonMw, de Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugd-gezondheidszorg, de specifieke uitkering voor de Centra voor Jeugd en gezin, de bijdragen aan de gemeenten voor de behandeling met heroïne en alle instellingssubsidies zijn als meerjarig verplicht opgenomen.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Preventieve zorg	53,0	51,4	51,4	51,5	51,4	51,4
Ouder- en kindzorg	8,1					
Groeiruimte Volksgezondheid		0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Totaal	61,1	52,2	52,2	52,3	52,2	52,2
Procentuele mutatie		- 14,6	0,0	0,2	- 0,2	0,0

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van volksgezondheid. In deze beschikbare middelen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1^e suppletore wet 2006 en de miljoenennota 2007 verwerkt. Voor 2006 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2007 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

41.3 Operationele doelstellingen

Er zijn vijf operationele doelstellingen op het gebied van volksgezondheid:

1. meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl;
2. het voorkómen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten;
3. het voorkómen van gezondheidsschade door ongevallen;
4. de vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectieziekten en chronische ziekten;

5. er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid.

41.3.1 Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl

Motivering

Motivering

Met deze operationele doelstelling willen we gezond leven bevorderen en de gezonde keuze gemakkelijk maken door verscheidene instrumenten in te zetten: voorlichting, hulpverlening, zelfregulering, wetgeving, accijnsheffing en handhaving. De burger is primair zelf verantwoordelijk voor zijn leefstijl, maar ook gemeenten, scholen, werkgevers, sportverenigingen en zorgverzekeraars en -aanbieders vervullen een belangrijke rol. Gezondheidsbevorderende instituten ondersteunen deze partijen in samenwerking met het Centrum Gezond Leven (CGL) bij het RIVM door informatie en voorlichting te geven en leefstijlinterventies te doen.

In 2006 wordt de *Preventiebrief* aan de Kamer aangeboden. De *Preventiebrief* bevat voorstellen die vooral op lokaal niveau meer mensen zullen helpen om te kiezen voor gezond leven. Hiervoor is een bedrag gereserveerd van € 4,6 miljoen. Afhankelijk van het actieprogramma kunnen we dit bedrag verdelen over meerdere operationele doelstellingen binnen dit artikel. De *Preventiebrief* is het beleidsantwoord op de rapportage *Volksgezondheidstoekomstverkenningen* (VTV) van het RIVM, die eind juni verschenen is. Daaruit blijkt duidelijk dat we veruit de meeste gezondheidswinst kunnen boeken door steviger in te zetten op gezond leven. Daarbij gaat het in termen van ziektelast vooral om de speerpunten roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
1. Percentage Niet-rokers stijgt <i>Bron: TNS NIPO; Nota «Langer gezond leven» (kamerstukken 22 894, nr. 20); Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006–2010 (kamerstukken 22 894, nr. 78).</i>	72%	2005	75%	80% (2010)
2. Percentage mensen met voldoende beweging stijgt (zie art. 46 Sport).	60%	2004	–	65% (2010)
3. Percentage mensen dat gezond eet neemt toe:				
a. Percentage borstgevoede kinderen:				
1 ^e dag	79%	2005	–	85% (2010)
1 mnd	54%	2005	–	60% (2010)
6 mnd	25%	2005	–	25% (2010)

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
b. Consumptie gemiddeld per dag van groente (2 ons)	2%	2003	–	10% (2010)
fruit (2 stuks)	7%	2003	–	10% (2010)
c. Consumptie in energieprocenten ³ in de totale inname energie per dag van:				
verzadigde vetzuren	12,9	2003	–	10 (2010)
transvetzuren	1,1	2003	–	1 (2010)
Bron: TNO, Peiling melkvoeding van zuigelingen, 2005 TNO_peiling_2005.pdf; RIVM, Resultaten van de voedselconsumptiepeiling 2003 bij jongvolwassenen (19–30 jaar) in Nederland VCP 2003 Jongvolwassenen.pdf.				
4. Percentage volwassenen zonder overgewicht stabiliseert en het percentage kinderen zonder overgewicht stijgt.				
mannen:	55%	1993–1997	–	55% (2010)
vrouwen:	65%	1993–1997	–	65% (2010)
kinderen:	87%	1993–1997	–	90% (2010)
Bron: Advies Gezondheidsraad «Overgewicht en Obesitas», 2003.				
5. Het percentage mensen in de algemene bevolking (16 tot 69 jaar) zonder problemen als gevolg van alcoholgebruik blijft stabiel.	91% 90,7%	1998 2004	–	91% (2008)
Bron: De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek, Universiteit Maastricht, februari 2005 Feb. 2005 – Rapport Prevalentie van probleemdrinken in Nederland.pdf.				
6. Aantal problematische verslaafden per 1 000 inwoners	3,1	2005	3,1	
Bron: Jaarbericht 2005, Nationale Drug Monitor Productbeschrijving.				

¹ Aandeel dat de voedingsstof levert aan de totale energie inname per dag.

Toelichting

In de meeste gevallen hebben we geen streefwaardes voor 2007 opgenomen, maar hebben we gekozen voor een streefwaarde op langere termijn (2010). De reden hiervoor is dat de effecten van het beleid pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn. Tussenwaardes voegen niet veel toe of rechtvaardigen niet de uitgaven voor het jaarlijks verzamelen van deze gegevens.

Voor gezond eten (indicator 3) is (nog) geen algemene indicator te geven. We hebben het RIVM gevraagd om een voedingsindex op te stellen die hier meer inzicht in geeft. De voedingsindex kan een goede basis zijn voor een uitgebreidere «leefstijlindex», waarin naast voeding ook andere leefstijlfactoren worden meegenomen. Denk bijvoorbeeld aan tabak en alcohol. Het beoogde ontwikkeltraject voor de voedingsindex is twee jaar, van medio 2006 tot medio 2008. Naar verwachting zullen we voor het eerst een indicator voor gezond eten kunnen opnemen in de begroting van 2009.

1. Roken ontmoedigen

- (B) Uitvoeren van het *Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006–2010* (kamerstuk 22 894, nr. 78)

We hebben dit programma in 2006 aan de Tweede Kamer aangeboden, mede namens de Nederlandse Hartstichting, het Astma Fonds en KWF Kankerbestrijding. De genoemde partijen maken jaarlijks een actieplan, met daarin de concrete activiteiten voor het daaropvolgende jaar. Het actieplan voor 2007 is naar verwachting eind 2006 gereed.

2. Beweging bevorderen

- (B) Uitvoeren van het *Nationaal Actieplan Sport en Bewegen* (zie Operationele doelstelling 46.3.1 Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid).

3. Bevorderen van gezonde voeding

- (B) Verbeteren van de regelgeving van etikettering en logo's
Doel is te bevorderen dat de informatie over levensmiddelen helder is, zodat consumenten kunnen kiezen voor gezonde (en veilige, zie operationele doelstelling 41.3.2) levensmiddelen. Daarnaast willen we het gebruik van de beschikbare gegevens vanuit de Allergenen-databank (ALBA), het Nederlands Voedingsstoffenbestand (NEVO) (€ 0,3 miljoen) en de Voedselconsumptiepeiling (VCP, € 0,5 miljoen) verbeteren.
- (B) Monitoren van voedselconsumptie en voedingsstatus
Hiermee willen we inzicht krijgen in de voedselconsumptie en voedingsstatus van de bevolking.
- (B) Subsidie verstrekken aan Stichting Voedingscentrum Nederland (€ 1,4 miljoen)
Deze subsidie is bedoeld voor voorlichtings- en preventieactiviteiten op het gebied van gezonde voeding en voedselveiligheid (zie operationele doelstelling 41.3.1) en belangrijke projecten zoals *Verborgene vetten* (€ 0,1 miljoen), *Borstvoeding verdient tijd* (€ 0,3 miljoen) en *Groente en Fruit in achterstandswijken* (€ 0,7 miljoen).

4. Het voorkomen van overgewicht

- (B) Uitvoeren en monitoren van acties uit het Convenant Overgewicht (Staatscourant nr. 53, 2005, € 0,4 miljoen).
In 2006 vinden gesprekken met de partners plaats over de prioriteiten voor 2007.
- (B) Uitvoeren van het actieplan *Energie in Balans* in het kader van het Convenant Overgewicht (€ 0,8 miljoen).

5. Tegengaan van schadelijk alcoholgebruik

- (B) Voorbereiden wijzigingsvoorstellen Drank- en Horecawet
Hiermee willen we de handhaving verbeteren en de administratieve lasten verminderen.
- (B) Subsidie verstrekken voor activiteiten die gericht zijn op ouders/opvoeders
Deze subsidie is bedoeld om het alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen (€ 0,2 miljoen).
- (B) Subsidie aan Partnership Vroegsignalering Alcohol
Deze subsidie is bedoeld om implementatieactiviteiten die gericht zijn op vroegsignalering en vroege behandeling van probleemdrinkers te versterken (€ 0,2 miljoen).

- (B) Monitoren van drankverstrekking aan jongeren, van alcohol-marketing en van (probleem)gebruik alcohol en drugs
Doel is inzicht te krijgen in de naleving van de leeftijdsgrenzen en zelfreguleringsafspraken en in de omvang van het (probleem)gebruik (€ 0,1 miljoen, zie ook beleidsprioriteit 6).

6. Druggebruik wordt voorkómen en gezondheidsschade door druggebruik neemt af

- (B) Uitvoeren van het kwaliteits- en innovatieprogramma *Resultaten Scoren* via Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw)
Hiermee willen we bewezen effectieve behandeling en best practices doelmatig invoeren (€ 1,0 miljoen).
- (B) Uitvoeren van het programma *Risicogedrag en Afhankelijkheid* via ZonMw
Doel is om de komende jaren meer zicht te krijgen op de omvang en achterliggende factoren van risicogedrag en afhankelijkheid (€ 2,0 miljoen).
- (B) Subsidies verstrekken aan instellingen voor verslavingszorg (€ 1,8 miljoen) en het Trimbos-instituut (€ 3,7 miljoen)
Deze subsidies zijn bedoeld voor voorlichtings- en preventie-activiteiten, onderzoek en monitoring van de drugsproblematiek.
- (B) Proactief informatie verstrekken aan andere landen over het Nederlandse drugsbeleid
Hiermee willen we meer begrip kweken voor een benadering die op wetenschappelijke bewijzen gebaseerd is.
- (B) Versterken van internationale samenwerking
Doel is ervaringen uit te wisselen over onderzoek, monitoring, preventie, voorlichting en behandeling op het gebied van het voorkomen van druggebruik en het beperken van de gezondheidsrisico's. De nadruk hierbij ligt op Frankrijk en de Verenigde Staten.
- (B) Subsidies verstrekken aan de gemeentes voor de behandeling met heroïne (€ 6,4 miljoen)

7. Gezond leven bevorderen

- (B) Een Centrum Gezond Leven bij het RIVM vormen
Dit centrum moet ondersteuning bieden om onderling afgestemde gezondlevenprogramma's in gemeenten, op scholen, bij sportverenigingen, op de werkplek en in de zorg uit te doen voeren (€ 2,0 miljoen).
- (B) Subsidies verstrekken aan gezondheidsbevorderende instellingen
Deze subsidies zijn bedoeld voor voorlichting en gezondheidsbevordering door lokale en sectororganisaties. Dit kan gebeuren via intermediairs zoals GGD'en, koepelorganisaties van bepaalde sectoren en docenten (€ 6,9 miljoen).
- (B) Programma *Landelijke Leefstijlcampagnes* uitvoeren via ZonMw
Doel is om geïntegreerd, effectief en doelmatig voorlichting te geven (€ 9,5 miljoen).
- (B) Handhaven van wet- en regelgeving
Doel is erop toe te zien dat de regels en voorschriften worden nageleefd. De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) voert de handhaving uit. Aandachtspunten zijn onder meer het verbod om te roken op de werkplek en het handhaven van de leeftijdsgrenzen uit de Tabakswet en de Drank- en Horecawet. Doel is om de jeugd te beschermen. Het totale budget voor de VWA is verantwoord bij de operationele doelstelling «Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten» (zie operationele doelstelling 41.3.2).

- (B) Uitvoeren van onderzoek en toezicht door de IGZ (programma *Gezondheidsbevordering*)

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	7 748	7 498	7 498	7 498	7 498
<i>Onder andere</i>					
NIGZ	2 369	2 369	2 369	2 369	2 369
Trimbos	3 695	3 445	3 445	3 445	3 445
Stivoro	806	806	806	806	806
Jellinek	778	778	778	778	778
Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ)	934	934	934	934	934
Projectsubsidies (totaal)	7 664	838	388	350	310
<i>Onder andere</i>					
Schoolfruitproject	730				
CCBH en cohortonderzoek	1 975				
Opdrachten (totaal)	954	515	515	515	515
Specifieke uitkeringen (totaal)	6 370	5 070	5 070	5 070	5 070
<i>Heroïnebehandeling</i>	6 370	5 070	5 070	5 070	5 070
Bijdragen aan baten-lastendiensten (totaal)	2000	2000	2000	2000	2000
<i>RIVM: Centrum Gezond Leven</i>	2000	2000	2000	2000	2000
Nader te bepalen (totaal)	3 928	9 483	9 963	10 001	10 041
<i>Onder andere</i>					
<i>Actieplan Energie in Balans</i>	750				
Totaal	28 664	25 404	25 434	25 434	25 434

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

41.3.2 Het voorkómen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten

Motivering

Motivering

Met deze operationele doelstelling willen we de consument beschermen tegen gezondheidsschade als gevolg van onveilig voedsel en onveilige producten. Dat willen we bereiken door gezondheidsrisico's waarop burgers zelf weinig of geen invloed hebben, te voorzien en te voorkomen. Wij geven hier vooral vorm aan door wettelijke normstelling die vrijwel geheel van Europese origine is. Wij dragen bij aan de totstandkoming, aanpassing aan de stand van de wetenschap en waar nodig vereenvoudiging van deze wetgeving. Het gaat daarbij om Europese richtlijnen en (in toenemende mate) rechtstreeks werkende verordeningen. Europese richtlijnen worden na vaststelling vertaald in de nationale productwetgeving. Dit gebeurt voornamelijk op basis van de Warenwet. De Europese en de nationale productwetgeving bepalen dat producenten primair verantwoordelijk zijn voor het produceren en in de handel brengen van goede en veilige producten. Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken, en om zorg te dragen voor goede hygiëne en om producten op een veilige manier te gebruiken.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Aantal voedselinfecties gerelateerd aan Salmonella en Campylobacter neemt af.	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.

Toelichting

Momenteel zijn we bezig om bestaande monitoractiviteiten zo veel mogelijk te integreren. Op basis hiervan kunnen we in 2007 de (streef)waarde vaststellen. Naar verwachting nemen we deze indicator voor het eerst op in de begroting van 2008.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Voedselveiligheid bevorderen

- (B) Het voorkomen van de aanwezigheid van salmonella- en campylobacterbacteriën in rauw pluimveevlees
Hiermee willen we besmetting met deze bacteriën bij consumenten voorkomen. Hiertoe bereiden wij nationale en internationale regelgeving voor.
- (B) Vaststellen van maximum toelaatbare gehalten verontreinigingen
Hiermee willen we voorkomen dat consumenten via voedsel te veel agrarische en industriële verontreinigingen en milieu- en procesverontreinigingen innemen. De inname door kwetsbare groepen, zoals kinderen, krijgt speciale aandacht. In 2007 besteden we met name aandacht aan de Europese harmonisatie van regelgeving voor dioxinen. Ook werken we aan verdere harmonisatie van regelgeving voor maximaal toelaatbare residugehaltes van bestrijdingsmiddelen op groente en fruit.
- (B) Onderzoek laten doen naar veroorzakers van voedselinfecties
Doel is inzicht te krijgen in de belangrijkste veroorzakers, langdurende gezondheidseffecten en kostenaspecten van voedselinfecties en effectieve interventie maatregelen. In 2007 inventariseren we mogelijke maatregelen (€ 0,2 miljoen).
- (B) Handhaven wet- en regelgeving
Doel is erop toe te zien dat de regels en voorschriften op het terrein van eet- en drinkwaren en veterinaire zaken worden nageleefd. Dit toezicht berust bij de VWA.

2. Tekorten en overschotten aan vitamines en mineralen in het voedingspatroon van de Nederlandse bevolking voorkomen

- (B) Communautair instrument ontwikkelen om gezondheidsclaims vanuit voedselveiligheidsperspectief te beoordelen
Ook willen we met dit instrument een gezamenlijk EU-beleid voor de verrijking van voedingsmiddelen ontwikkelen. We moeten daarnaast bekijken of nationaal beleid noodzakelijk is en op welke manier dat uitgevoerd moet worden.

3. Bevorderen van heldere informatievoorziening over levensmiddelen

- (B) Verbeteren van de etiketteringregelgeving
Doel is consumenten adequater te informeren en de administratieve lasten voor het bedrijfsleven te beperken (brief aan TK: 2005-2006 kamerstuk 29 515 nr. 150 en Administratieve lasten in de voedselketen).

- (B) Een deel van de controlegegevens van de VWA openbaar maken
Doel is transparantie hierover voor consumenten en ketenpartners te bevorderen.

4. Veiligheid van consumentenproducten en producten waaraan consumenten in het kader van dienstverlening worden blootgesteld handhaven en waar nodig bevorderen

- (B) Voorlichting invoeren en organiseren over de nieuwe Europese verordening voor chemische stoffen (REACH: Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals)
Doel is consumenten beter te beschermen tegen risico's van chemische stoffen in producten.
- (B) Bijdragen aan de totstandkoming van een Europese richtlijn
Doel is een mondiaal uniform indeling- en etiketteringsysteem Global Harmonisation System (GHS) te introduceren en voorlichting hierover te organiseren. Het systeem is gebaseerd op de gevaarseigenschappen van stoffen en preparaten die bestemd zijn voor consumenten in de EU.
- (B) Een bijdrage leveren aan het vaststellen van nieuwe Europese productveiligheidsrichtlijnen en -verordeningen en bestaande Europese productveiligheidsrichtlijnen en -verordeningen aanpassen aan de stand van de wetenschap of waar mogelijk vereenvoudigen
Doel is het veiligheidsniveau van producten waar nodig verder te verhogen en consumenten te beschermen tegen fysisch mechanische, chemische, elektrische en microbiële risico's van producten waaraan zij kunnen worden blootgesteld.
- Voortzetten van het programma *Dierproeven begrensd* via ZonMw
Met dit programma willen we dierproeven verminderen, vervangen en verfijnen. Dierproeven leveren een niet weg te denken bijdrage aan de veiligheid van consumentenproducten en levensmiddelen (€ 0,9 miljoen).
- (B) Handhaven van wet- en regelgeving
Doel is erop toe te zien dat regels en voorschriften worden nageleefd. Dit toezicht berust bij de VWA.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	1 408	1 405	1 405	1 405	1 405
Stichting Voedingscentrum Nederland	1 408	1 405	1 405	1 405	1 405
Projectsubsidies (totaal)	913	256	250	250	250
Opdrachten (totaal)	2 829	2 084	1 965	1 900	1 900
Bijdragen aan baten-lastendiensten (totaal)	73 806	73 806	73 798	73 798	73 798
<i>Onder andere</i>					
Voedsel en Waren Autoriteit (VWA)	73 356	73 356	73 348	73 348	73 348
Nader te bepalen (totaal)	692	4 251	5 095	5 160	5 160
Totaal	79 648	81 802	82 513	82 513	82 513

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

41.3.3 Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen

Motivering

Motivering

Met deze operationele doelstelling willen we de consument beschermen tegen gezondheidsschade als gevolg van ongevallen. Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken. Dat neemt niet weg dat we door gerichte voorlichting en gedragsbeïnvloeding onnodig letsel kunnen beperken.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde Lange termijn
Aantal spoedeisende hulpbehandelingen in ziekenhuizen door privé-ongevallen en sportblessures daalt.	700 000 600 000 660 000	2001 2004 2006	–	640 000 (2008)
<i>Bron: Letsel Informatie Systeem 2001–2004 (Consument en Veiligheid) Consument en Veiligheid Bevolkingsstatistieken en -prognoses 2001, 2006, 2008(CBS) CBS -Home</i>				

Toelichting

De genoemde indicator omvat in deze begroting ook ongevallen in het bewegingsonderwijs. De opgegeven aantallen wijken hierdoor af van eerdergenoemde aantallen waarin bewegingsonderwijs niet was meegenomen. De doelstelling van 10 procent reductie in de periode van 2001 tot 2008, na correctie voor bevolkingsgroei, is echter ongewijzigd. We hebben gekozen voor een tweejaarlijkse meting, namelijk in 2006 en 2008.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Letsel door ongevallen voorkomen

- (B) Subsidie verstrekken aan de Stichting Consument en Veiligheid (C&V)
Doel is veilig gedrag van consumenten te bevorderen. Om dit te realiseren ontwikkelt C&V maatregelen die ongevallen in de privésfeer moeten voorkomen. Het gaat onder andere om het voorkomen van valongevallen van ouderen of het voorkomen van verbrandingsongevallen bij jonge kinderen. Daarnaast onderzoekt de stichting het effect van deze maatregelen. Het gaat daarbij om monitoring, analyse van verzamelde data, ontwikkelen van interventie maatregelen, (laten) uitvoeren van interventies en evaluaties van genomen maatregelen (€ 3,1 miljoen).
- De *public health*-aanpak toepassen
Doel is het aantal ongevallen verder terug te dringen. Dat geldt ook bij andere domeinen zoals verkeer, arbeid en geweld. De public health-aanpak kenmerkt zich door beleid en strategie op basis van feiten (epidemiologie) en op basis van inzichten in effectieve maatregelen. Daarnaast kenmerkt deze aanpak zich door uitvoering van preventie in intersectorale samenwerking. Dat is in lijn met de aanbevelingen van de WHO en de Europese Commissie.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	3 102	3 102	3 105	3 105	3 105
Stichting Consument en Veiligheid (C&V)	3 102	3 102	3 102	3 102	3 102
Projectsubsidies (totaal)	2 687	671	0	0	0
<i>Onder andere</i>					
C&V: intensivering letselpreventie	1 958	642			
Opdrachten (totaal)	136	102	0	0	0
Totaal	5 925	3 875	3 105	3 105	3 105

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

41.3.4 Minder vermijdbare ziektelast door een goede bescherming tegen infectieziekten en chronische ziekten

Motivering

Motivering

Met deze operationele doelstelling willen we de gevolgen van ziekten vermijden door ziekten te voorkomen, tijdig op te sporen en complicaties tegen te gaan. De aandacht ligt hierbij op (toekomstige) grote gezondheidsproblemen die veel lijden en kosten met zich meebrengen en voor zover die vermeden kunnen worden. Er is op basis van rapporten zoals de vierjaarlijkse *Volksgezondheidtoekomstverkenning* (VTV) zicht op (toekomstige) grote gezondheidsrisico's en benoemt de speerpunten eens per vier jaar in de nota *Preventiebeleid*.

Wij zijn ervoor verantwoordelijk gezondheidsrisico's te beperken waarop burgers zelf geen invloed kunnen uitoefenen. Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze wel zelf kunnen beperken, bijvoorbeeld door zich te vaccineren bij verre reizen, veilig te vrijen, gezond te leven en, in geval van ziekte, therapie te (blijven) volgen. Zorgverzekeraars en zorgverleners zijn ervoor verantwoordelijk kwalitatief goede zorg te leveren om onnodige ziektelast en complicaties bij mensen die ziek zijn te voorkomen.

Op het gebied van infectieziekten neemt de overheid haar verantwoordelijkheid door landelijke vaccinatieprogramma's aan te bieden, diverse activiteiten te financieren en te zorgen voor voorbereiding op grote uitbraken van ziekten. Ook zorgt de overheid voor een goede landelijke structuur ter bestrijding van infectieziekten. Mede daarom is het Centrum Infectieziektebestrijding bij het RIVM opgezet. In dit centrum is kennis en ervaring over infectieziektebestrijding gebundeld. Het centrum vervult een grote rol in de coördinatie van de uitvoering van infectieziektebestrijding. Het centrum is begin 2005 gestart en in 2006 officieel geopend. Op lokaal/regionaal niveau zijn de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD) belast met de infectieziektebestrijding. De internationale afspraken over infectieziektebestrijding conform de International Health Regulations (IHR), die door de WHO zijn vastgesteld, zullen in de nationale wetgeving moeten worden opgenomen. In 2007 zullen wij dat afronden.

Op het gebied van de vroege opsporing van ziekten heeft de minister van VWS een richtinggevende rol in het landelijk laten ontwikkelen, uitvoeren en financieren van kosteneffectieve interventies. De coördinatie van de

uitvoering van de bevolkingsonderzoeken verloopt vanaf 2006 via het Centrum voor Bevolkingsonderzoeken bij het RIVM.

De Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ) houdt toezicht op de uitvoering van de infectieziektebestrijding op basis van haar programma *Gezondheidsbescherming*.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
1 Aantal opgespoorde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) <i>Bron: RIVM</i>	23 500	2003	>23 500	–
2 Percentage deelname aan a. griepvaccinatieprogramma en b. rijksvaccinatieprogramma (RVP) <i>Bron:</i> <i>a College voor Zorgverzekeringen: Rapportage Nationaal Programma Grieppreventie CVZ-Themasite / cvzprofessional</i> <i>b RIVM: rapport Vaccinatietoestand Nederland per 1 januari 2005</i>	75% 95%	2004 2004	≥75% 95%	–
3 Prevalentie van: a. 30-dagensterfte acuut myocard infarct b. relatieve vijfjaarsoverleving bij borstkanker c. relatieve vijfjaarsoverleving bij darmkanker dikke darm endeldarm d. relatieve vijfjaarsoverleving bij baarmoederhalskanker onder de 60 jaar boven de 60 jaar e. aantal diabetes gerelateerd grote amputaties per 100 000 diabetici tussen de 18 en 75 jaar f. COPD (chronische obstructieve longaandoeningen) <i>Bron: Zorgbalans 2006 (RIVM rapportnr.260 602001, Westert GP en Verkleij H (red), RIVM 2006)</i>	11% 82% 60% 56% 76% 55% 35 316 000	2001 1993–1997 1993–1997 1993–1997 1993–1997 1993–1997 2000 2003	<11% >82% >60% >56% >76% >55% <35 <316 000	– – – – – – – –
4 Percentage deelname aan bevolkingsonderzoeken en screeningen: a. bevolkingsonderzoek borstkanker b. bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker c. hielprik: PKU, CHT, AGS <i>Bron:</i> <i>a Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM) Homepage – Nationaal Kompas Volksgezondheid</i> <i>b College voor Zorgverzekeringen CVZ-Themasite cvz/professional</i>	80% 65,6% 99%	2005 2003 2003	>80% >65,6% 99%	–

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
c Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM), Zorgbalans 2006 (RIVM) rapportnr.260 602001, Westert GP en Verkleij H (red), RIVM 2006)				

Toelichting

Het aantal opgespoorde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's, indicator 1) zal voorlopig toenemen. De reden hiervoor is dat we meer testen uitvoeren en daardoor dus meer vinden respectievelijk meer gerapporteerd gaat worden. Er is (nog) geen exacte opgave te geven door onder-rapportage over de omvang van het aantal geslachtsziekten (Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa): Soa samengevat – Nationaal Kompas Volksgezondheid).

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Een goede structuur voor infectieziektebestrijding

- (B) Opdracht verlenen aan het Centrum Infectieziektebestrijding bij het RIVM
Doel is nieuwe en bestaande taken op het gebied van infectieziektebestrijding en -onderzoek te bundelen (€ 25,7 miljoen).
- (B) Financieren van (gezondheidsbevorderende) instellingen die op dit terrein werken, onder andere voor het *Preventieplan soa en hiv*
Doel is soa en hiv in Nederland met een combinatie van preventie-maatregelen aan te pakken (€ 7,3 miljoen).
- (B) Financieren van soa-centra
Hiermee willen we laagdrempelig onderzoek naar en behandeling van soa mogelijk maken (€ 9,0 miljoen).
- (B) Voorbereiden op een eventuele griep pandemie
Om goed voorbereid te zijn op een mogelijk grootschalige uitbraak van griep kopen we onder meer middelen aan en bereiden we een communicatieplan voor (€ 3,9 miljoen).

2. Een goede organisatie van en deelname aan vaccinatie-programma's

- (B) *Nationaal Programma Grieppreventie* (€ 39,0 miljoen) en (P) *Rijksvaccinatieprogramma (RVP)* (€ 51,4 miljoen) uitvoeren
Doel is kwetsbare groepen te beschermen tegen (de gevolgen van) verschillende infectieziekten.
- (B) Uitvoeren van een onderzoeksprogramma naar infectieziekten, en de preventie ervan, via ZonMw (€ 2,0 miljoen)
- (B) Opdracht verlenen aan het Nederlands Vaccin Instituut
Hiermee willen we vaccins laten leveren voor de nationale vaccinatie-programma's en de beschikbaarheid borgen van vaccins en antivirale middelen in het geval van calamiteiten (€ 30,8 miljoen).
NVI is bezig met de ontwikkeling van een vaccin tegen RSV (Respiratoir Cyncytieel Virus). In de volgende ontwikkelingsfase zal NVI gaan samenwerken met een contractpartner. Voor de periode 2007–2010 zullen de ontwikkelingskosten voor de NVI € 27,9 miljoen bedragen (2007: € 4,5 miljoen; 2008: € 3,7 miljoen; 2009: € 8,1 miljoen en 2010: € 11,6 miljoen). Deze bedragen worden vanuit het Fonds Economische structuurversterking voorgefinancierd.
De voorfinanciering moet nog nader worden uitgewerkt. Voor deze begroting is ervan uitgegaan dat de bijdrage aan het NVI via het

moederdepartement wordt verstrekt en dat succesvolle ontwikkeling van het vaccin terugbetaling vanaf 2011 mogelijk maakt.

3. Een goede structuur rondom de preventie van chronische ziekten

- (P) Kansbepalende prenatale screening structureren
Om goede prenatale zorg te kunnen bieden, wordt een landelijke organisatiestructuur opgezet voor kansbepalende prenatale screening op downsyndroom en neurale-buisdefecten binnen de reguliere zorg.
- (B) Participeren in het *Nationaal Programma Kankerbestrijding 2005–2010* (NPK)
Hiermee willen we de bestrijding van kanker op integrale wijze aanpakken door een combinatie van maatregelen, samen met veldorganisaties. (CVZ-themasite | cvzprofessional)
- (B) Uitvoeren van het programma *Diabeteszorg Beter* (2005–2009)
Het doel is goede diabeteszorg te leveren. In de toekomst verwachten we dat het aantal mensen met diabetes flink stijgt. Om goede zorg te kunnen leveren is het nodig dat de organisatie van diabeteszorg verandert (kamerstukken 22 894, nr. 50).

4. Een goede organisatie van en bevorderen van deelname aan bevolkingsonderzoeken

- (B) Uitvoeren van bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's
Het financieren en bewaken van de kwaliteit van de landelijke bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker, screening op familiale hypercholesterolemie en pre- en postnatale screening bij zwangeren en pasgeborenen (€ 90,1 miljoen).
- (B) Verkennen van mogelijkheden voor grootschalig bevolkingsonderzoek darmkanker
Het doel is darmkanker in een vroeg stadium op te sporen (kamerstukken 22 894, nr. 85).
- (B) Herijken van de Wet op het bevolkingsonderzoek
Hiermee willen we een goed kader beschikbaar hebben waaraan toekomstige onderwerpen voor bevolkingsonderzoeken kunnen worden getoetst.
- (B) Het aanpassen van de Wet Infectieziektebestrijding onder andere aan de IHR van de WHO.

5. Onderzoek naar nieuwe (kosten)effectieve preventie-interventies

- (B) *Preventieprogramma* uitvoeren via ZonMw
Hiermee willen we kennis over (kosten)effectieve preventie en de toepassing ervan vergroten en vernieuwende en kansrijke (kosten)effectieve preventiemogelijkheden ontwikkelen (€ 13,4 miljoen).

6. Toezicht door IGZ

- (B) Uitvoeren van onderzoek en toezicht door de IGZ (programma *Gezondheidsbescherming*)

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	2 293	2 293	2 293	2 293	2 293
<i>Onder andere</i>					
Instellingen op het terrein van de preventie van chronische ziekten	1 425	1 425	1 425	1 425	1 425
WHO Copenhagen: Contributie IARC	868	868	868	868	868
Projectsubsidies (totaal)	513	242	0	0	0
Bijdragen aan agentschappen (totaal)	259 383	247 496	254 020	291 184	293 528
<i>Onder andere</i>					
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)	190 387	193 556	195 881	199 440	206 384
Nederlands Vaccin Instituut (NVI)	68 996	53 940	58 139	91 744	87 144
Bijdragen aan zbo's (totaal)	4 518	5 318	5 318	5 318	5 318
<i>Onder andere</i>					
ZonMw-programmering	4 518	4 518	4 518	4 518	4 518
Nader te bepalen (totaal)	29 639	36 124	37 866	37 266	39 066
Totaal	296 346	291 473	299 497	336 061	340 205

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

41.3.5 Een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid

Motivering

Motivering

Met deze operationele doelstelling willen we bijdragen aan een goede volksgezondheid en anticiperen op (dreigende) volksgezondheidsproblemen, door een goed systeem voor openbare gezondheidszorg (ogz) te creëren en in stand te houden, evenals een keten van preventie en zorg die goed op elkaar aansluit. De minister van VWS is verantwoordelijk voor de wetgeving en het scheppen van de randvoorwaarden, zodat de openbare gezondheidszorg goed kan worden uitgevoerd. In de uitvoering is een grote rol toebedeeld aan gemeenten en hun GGD'en, die handelen op basis van de lokale gezondheidssituatie en landelijke trends en speerpunten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet erop toe dat zorgaanbieders verantwoorde zorg leveren en signaleert eventuele omissies in de ketenzorg.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
1. Percentage gemeenten met een nota gezondheidsbeleid niet ouder dan 4 jaar Bron: <i>Zorgatlas 2005</i>	87%	2005	100%	
2. Percentage GHOR-bureaus dat ten minste 90% van de wettelijke taken uitvoert Bron: <i>Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)</i>	8%	2004	100%	
3. Percentage gecertificeerde GGD'en/aantoonbare kwaliteitsborging Bron: <i>Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)</i>	8%	2006		100% (2008)
4. Percentage GGD Regio's die een functionerend EKD JGZ hebben Bron: <i>NICTIZ/Centrum Jeugd-gezondheidszorg RIVM</i>	10%	2006		100% (2008)

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Effectieve landelijke, lokale en regionale voorzieningen van OGZ

- (B) Toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
Op basis van indicatoren over de risico's in de volksgezondheid gaat de IGZ na of de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg voldoende is. De IGZ doet dat in eerste instantie in relatie tot de prioriteiten in de Preventiebrief en vervolgens ook in relatie tot lokaal vastgestelde volksgezondheidsproblemen. De inspectie besteedt bij haar toezicht op gemeenten bijzondere aandacht aan de wijze waarop gemeenten uitvoering geven aan de nota's gezondheidsbeleid met nadruk op het realiseren van een integrale aanpak om de gezondheid van de burgers te bevorderen. De IGZ levert samen met de inspectie Jeugdzorg een extra inspanning om de effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren. In het IGZ-programma gezondheidsbescherming vormen voorbereiding op epidemieën, zorg voor kwetsbare groepen en toezicht op de Wet Bevolkingsonderzoek belangrijke thema's in 2007.
- (B) Herijken van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV)
Het doel is de wetgeving te actualiseren en aan te passen aan de veranderingen die worden doorgevoerd in de structuur van de ogz. Concreet gaat het om de implementatie van de International Health Regulations (IHR) van de WHO.
- (B) Programma *Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid* uitvoeren, via ZonMw
Het doel is de samenhang en samenwerking tussen wetenschap, onderwijs en praktijk te versterken. Daarvoor hebben de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en het ministerie van VWS ZonMw opdracht gegeven om op verschillende plaatsen in Nederland academische werkplaatsen in te richten (€ 1,6 miljoen).

2. Bevorderen van goede preventie en zorg voor specifieke bevolkingsgroepen

- (B) Uitvoeren van het Convenant Beleidskader Grotestedenbeleid
Hiermee willen we via activiteiten in grote steden onder meer gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen verminderen. Het gaat om de uitvoering van de derde convenantperiode die loopt van 2005 tot en met 2009 (kamerstukken 21 062, nr. 116) (€ 5,0 miljoen). Zie ook artikel Maatschappelijke ondersteuning onder operationele doelstelling 44.3.1).
- (B) Financieren van tolk- en vertaalcentrum voor gezondheidszorg
Hiermee willen we tolken en vertalers beschikbaar kunnen stellen wanneer dat nodig is (€ 8,6 miljoen).
- (B) Financieren van de Stichting Koppeling
Hiermee willen we knelpunten in de gezondheidszorg aan onverzekerde vreemdelingen oplossen en voorkomen (€ 3,6 miljoen).
- (B) Financieren Pharos
Hiermee willen we de kwaliteit van zorg voor vluchtelingen optimaliseren waaronder preventie van vrouwlijke genitale verminking (€ 2,8 miljoen).
- (B) Verder gaan met het eenmalig inrichten en implementeren van het Elektronisch kinddossier Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
Dit heeft betrekking op het Elektronisch kinddossier (EKD) voor kinderen van 0–19 jaar in de Jeugd Gezondheids Zorg (JGZ). Door het EKD krijgen zowel zorgverleners als beleidsmakers een beter inzicht in de lichamelijke en sociaal-emotionele ontwikkeling van jongeren. Hierdoor kunnen hulpverleners in de gezondheidszorg makkelijker kinderen met problemen volgen. Verder kunnen JGZ-organisaties met het integrale EKD snel, effectief en betrouwbaar gegevens uitwisselen met anderen.
- (B) Tijdelijke regeling specifieke uitkering Jeugdgezondheidszorg uitvoeren
Hiermee willen we de uitvoering van het uniforme deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg financieren. Daarvoor verstrekken we een uitkering aan gemeenten, en voeren we de motie-Verhagen, Van Aartsen en Ditrich uit met betrekking tot opvoedingsondersteuning (kamerstukken 30 300, nr. 9, € 198,5 miljoen).
In 2006 wordt de integrale jeugdgezondheidszorg geëvalueerd. In 2007 zal hier een standpunt over ontwikkeld worden en gestart worden met de implementatie van dit standpunt.
- (B) *Kennisprogramma Jeugd* uitvoeren, via ZonMw
Hiermee willen we bewerkstelligen dat de zorg voor kinderen bewezen effectief wordt uitgevoerd en dat de zorg voor en begeleiding van het kind aansluiten bij de behoeften van het kind en zijn verzorgers (zie ook artikel 45 Jeugdbeleid).
- (B) Centrum Jeugdgezondheid bij het RIVM verder uitbouwen
Hiermee willen we de kwaliteit van het uniforme gedeelte van de jeugdgezondheidszorg evalueren en actueel houden (€ 0,7 miljoen).
- (B) Medische en seksuologische hulpverlening financieren
De subsidieregeling van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) met betrekking tot medische en seksuologische hulpverlening (aanvullende eerstelijnsvoorziening) in zeven steden in Nederland eindigt in 2006 (€ 0,7 miljoen). In 2007 zal de minister de zeven klinieken eenmalig via de begroting financieren. Vanaf 2008 treedt een nieuw systeem voor deze hulpverlening in werking.
- (B) Subsidie verstrekken aan diverse organisaties
Om de seksuele gezondheid te bevorderen verlenen we subsidie aan

de Rutgers Nisso Groep (RNG), het Kenniscentrum Seksualiteit, de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK) en de Stichting Ambulante Fiom (€ 6,9 miljoen).

- (B) Uitvoeren van het programma *Seks onder je 25^e*
Hiermee willen we de preventie van de seksuele gezondheid van jongeren op peil houden en bevorderen. Om dit te bereiken, wordt in 2007 een programma gestart.
- (B) Rijksbijdrage leveren aan het CVZ
Hiermee leveren we een bijdrage aan de financiering van abortusklinieken (€ 10,6 miljoen).
- (B) Subsidiëren van activiteiten ter voorkoming van vrouwelijke genitale verminking
Het doel is signalering te versterken en de preventieve rol van de jeugdgezondheidszorg, voorlichtingsactiviteiten en deskundigheid te bevorderen met gebruikmaking van de kennis die bij de stichting Pharos hierover is opgebouwd (€ 1,0 miljoen).

3. Verbeterde paraatheid van zorgvoorzieningen voor grootschalig optreden bij crises en rampen

- (B) Opleiden, trainen en oefenen van de gezondheidszorgsector
Hiermee willen we de sector goed voorbereiden op rampen en ongevallen, onder meer via een tijdelijk stimuleringsprogramma bij ZonMw. Van belang zijn daarnaast oefeningen op het gebied van (inter)departementale crisisbeheersingsorganisatie en grootschalige uitbraken van infectieziekten, zowel nationaal als regionaal (€ 3,4 miljoen).
- (B) Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) organiseren
De GHOR is een instrument van het bestuur van de veiligheidsregio op het gebied van veiligheid teneinde een doelmatige en gecoördineerde geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen, rampen en crises te bewerkstelligen. De GHOR slaat de brug tussen de veiligheidsorganisaties en de zorgketen. In de uitvoering is de GHOR onderdeel van de openbare gezondheidszorg.
- (B) Opzetten van een Centrum Gezondheid, Milieu en Veiligheid bij het RIVM
Hiermee willen we de vereiste kennis voor de volksgezondheid bij medische milieukundige aangelegenheden, gezondheidszorg-onderzoek en -advisering bij crises en rampen borgen en ontsluiten. Verschillende kenniscentra en projectorganisaties ontwikkelden in de nazorgtrajecten van de Bijlmerramp, de Vuurwerkramp in Enschede en de Nieuwjaarsbrand in Volendam veel kennis. Het RIVM-centrum, dat in samenwerking met het ministerie van VROM wordt opgezet, borgt deze kennis en stelt die beschikbaar voor de ondersteuning van zorgverleners en bestuurders. Het centrum omvat de gezondheids-onderzoeken, psychosociale nazorg, geneeskundige advisering bij gevaarlijke stoffen en medische milieukunde. De medische milieukunde wordt versterkt met bovenregionale ondersteuning vanuit dit centrum en faciliteert de regionale uitvoering door GGD's (€ 4,2 miljoen).
- (B) Verbeteren van de voorbereiding op een griep пандemie
Hiermee willen we de volksgezondheid en de sociale en economische stabiliteit van Nederland beschermen. Specifieke voorbereiding op een dreigende griep пандemie is noodzakelijk vanwege de impact van zo'n пандemie op de continuïteit van de Nederlandse samenleving.

4. Ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en medisch-wetenschappelijk onderzoek bevorderen

- (B) Een standpunt formuleren over de evaluatie op de Wet afbreking zwangerschap, en dit implementeren.
- (B) Een standpunt formuleren over de evaluatie op de Wet levensbeëindiging op verzoek (euthanasiepraktijk), en dit implementeren.
- (B) Bijdragen aan de baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) (€ 0,8 miljoen)

Deze bijdrage is nodig voor het beheer van regionale toetsingscommissies euthanasie, die meldingen van artsen beoordelen. Het CIBG fungeert verder als aanspreekpunt voor k.i.d.-kinderen, ouders en artsen die vragen hebben over het register donorgegevens kunstmatige bevruchting. Daarnaast is de bijdrage bestemd voor het beheer van de centrale deskundigencommissie *Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen* om meldingen van artsen te beoordelen.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	18 377	18 377	18 377	18 377	18 377
<i>Onder andere</i>					
Instellingen die de seksuele gezondheid bevorderen	6 909	6 909	6 909	6 909	6 909
Stichting Koppeling	7 200	7 200	7 200	7 200	7 200
Stichting Pharos	2 800	2 800	2 800	2 800	2 800
Projectsubsidies (totaal)	5 290	2 233	630	333	0
<i>Onder andere</i>					
Vrouwelijke genitale verminking	1 100	800	400		
Beleid Medische Ethiek	564	342	31	25	
Algemeen en strategisch gezondheidsbeleid	2 370	881	129	308	
Opdrachten (totaal)	8 600	8 600	8 600	0	0
Financiering tolk- en vertaalcentrum gezondheidszorg	8 600	8 600	8 600		
Specifieke uitkeringen (totaal)	211 458	211 788	211 788	211 788	211 788
Tijdelijke Regeling Specifieke Uitkering Jeugdgezondheidszorg inclusief de uitvoering van de motie Verhagen	198 458	198 788	198 788	198 788	198 788
Centra voor Jeugd en gezin (zie artikel 45 Jeugdbeleid)	13 000	13 000	13 000	13 000	13 000
Bijdragen aan agentschappen (totaal)	13 494	13 391	13 376	13 376	13 376
RIVM: Opdrachtverlening programma's volksgezondheid	12 729	12 626	12 611	12 611	12 611
CIBG: Regionale toetsingscommissies	765	765	765	765	765
Bijdragen aan zbo's (totaal)	103 655	95 570	95 717	91 726	91 111
CIBG: Rijksbijdrage financiering abortusklinieken	10 663	10 663	10 663	10 663	10 663
ZonMw: Programmering	92 992	84 907	85 054	81 063	80 448
Nader te bepalen (totaal)	5 274	11 162	13 043	21 870	22 203
Totaal	366 148	361 121	361 531	357 470	356 855

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

41.4 Overzicht beleidsonderzoeken

OD	Effectenonderzoek	Start	Einde
1 Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	Evaluatie uitvoering nota samenspannen tegen XTC	Juni 2006	Eind 2007
	Evaluatie Forensische verslavingskliniek	Juli 2002	Juni 2007
	Evaluatie stappenplan rookvrije horeca	Okt. 2005	Medio 2009
2 Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel of onveilige producten	Evaluatie project versterking eigen verantwoordelijkheid bedrijfsleven chemische stoffen.	Medio 2007	Eind 2007
	Evaluatie naar effect van campagnes voor gebruik van foliumzuur	2006	2008
	Effectmetingen van interventies m.b.t. overgewicht	2006	2010
3 Het voorkomen van gezondheidsschade als gevolg van ongevallen	Evaluatie letselpreventiebeleid als onderdeel van RIVM themarapport Letselpreventie.	feb. 2006	Eind 2007
4 Minder vermijdbare ziektelast door een goede bescherming tegen infectieziekten en chronische ziekten	Internationale evaluatie (review door eCDC) van Nederlandse preparatie griep pandemie	2007	2007
5 Een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid	Evaluatieonderzoek naar de effecten van de versterking geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (in samenwerking met ministerie van BZK)	2006	2008

Artikel 42 Gezondheidszorg

42.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een goed werkend zorgstelsel, gericht op een optimale combinatie van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2007

- Benchmark huisartsen (42.3.1)
- Jaardocument maatschappelijke verantwoording (42.3.1)
- Opleidingsfonds (42.3.3)
- Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verdere voorbereiding voor uitvoering ggz onder de Zorgverzekeringswet (42.3.4)
- DBC's doorontwikkelen (42.3.4)
- Moderniseren prijs- en vergoedingssystemen geneesmiddelen (42.3.4)

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

- Wij scheppen randvoorwaarden om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg te waarborgen. We zijn verantwoordelijk voor het toezicht op de geleverde kwaliteit.
- Wij zijn ervoor verantwoordelijk de randvoorwaarden te scheppen voor een goed werkend zorgverzekeringsstelsel. Zo is in de Zorgverzekeringswet (ZVW) bepaald dat verzekeraars een acceptatieplicht hebben, geen premies mogen differentiëren en een zorgplicht hebben. Binnen deze randvoorwaarden – waarop de Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting (NZAio) ook goed zal toezien – moet onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars leiden tot een kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar zorgstelsel.

Voor het beoogde stelsel moet er sprake zijn van een goede taakvervulling door overheid, zorgconsument, zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dit vereist een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken actoren.

Een kwalitatief hoogwaardig zorgstelsel is een stelsel dat veilig, effectief en klantgericht is. We maken het stelsel toegankelijk door de kring van verzekerden en het pakket van de basisverzekering centraal vast te stellen. Daarnaast stimuleren we het geven van transparante en onafhankelijke informatie over het zorgstelsel. Ten slotte creëren we een gelijk speelveld voor zorgconsumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We spreken van een betaalbaar stelsel als het beslag op de collectieve lasten past binnen de kaders die daarvoor gesteld zijn. Door een goed werkend stelsel te bieden, streven we naar een vermeerdering van het aantal levensjaren van de Nederlandse bevolking zonder lichamelijke beperkingen.

We hebben voornamelijk nog geen algemene indicator voor dit artikel geformuleerd omdat in de Zorgbalans ook verantwoording over het presteren van het stelsel wordt afgelegd. Voor de begroting van 2008 zullen we bezien of het mogelijk is om mede in relatie tot de Zorgbalans een of meer prestatie-indicatoren voor dit artikel te formuleren.

42.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	534 539	4 690 120	5 625 475	5 798 003	5 973 126	6 296 596	6 582 249
Uitgaven	520 397	4 701 654	5 634 772	5 798 406	5 971 277	6 293 849	6 579 502
Programma-uitgaven	512 644	4 692 700	5 626 574	5 790 454	5 963 402	6 285 979	6 571 632
Consument kiest zorgverzekeraar en zorgaanbieder	26 886	3 673	1 865	173	173	173	173
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			88	86	0	0	0
Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod	55 949	74 128	72 503	78 298	78 460	78 459	78 459
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			74	57	43	36	36
Realisatie toegankelijk zorgaanbod	194 571	207 541	846 813	205 396	198 319	195 433	197 136
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			96	92	92	90	88
Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg	235 238	4 407 358	4 705 393	5 506 587	5 686 450	6 011 914	6 295 864
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			100	100	100	100	100
Apparaatsuitgaven	7 735	8 954	8 198	7 952	7 875	7 870	7 870
Ontvangsten	15 967	13 460	10 954	11 033	5 566	2 945	4 648

De bijdrage aan het CIBG, de Rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds voor jeugdigen (18-), de Zorgtoeslag en alle instellingssubsidies zijn als meerjarig verplicht opgenomen.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Extramurale Zorg	3 295,6	3 320,4	3 322,8	3 324,2	3 325,8	3 325,8
Huisartsen	1 738,4	1 726,0	1 727,4	1 728,8	1 730,2	1 730,2
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	650,6	650,6	650,6	650,6	650,6	650,6
Paramedische hulp	445,4	446,4	446,4	446,4	446,4	446,4
Verloskunde en kraamzorg	397,2	398,1	398,3	398,3	398,5	398,5
Dieetadvisering	28,2	28,2	28,2	28,2	28,2	28,2
Groeiruimte extramurale zorg	35,8	71,1	71,9	71,9	71,9	71,9
Ziekenhuizen en medisch specialisten	15 216,4	14 792,2	15 512,2	15 581,7	15 677,6	15 677,8
Algemene en categorale ziekenhuizen	9 950,9	9 840,2	10 267,8	10 337,0	10 432,4	10 432,4
Academische ziekenhuizen	3119,5	2 799,4	3 091,2	3 091,2	3 091,2	3 091,2
Medisch specialisten	1 712,5	1 714,0	1 714,3	1 714,6	1 714,9	1 715,0
Overig curatieve zorg	433,5	434,7	434,9	434,9	435,2	435,2
Groeiruimte overig curatieve zorg		3,9	4,0	4,0	4,0	4,0
Ziekenvervoer	480,2	484,8	485,0	485,1	485,1	485,1
Ambulancevervoer	341,0	341,3	341,4	341,5	341,5	341,5
Overig ziekenvervoer	139,2	139,2	139,2	139,2	139,2	139,2
Groeiruimte ziekenvervoer		4,3	4,4	4,4	4,4	4,4
Genees- en hulpmiddelen	5 889,6	6 308,3	6 327,9	6 327,5	6 327,4	6 327,4
Farmaceutische hulp	4 669,7	4 989,5	5 005,5	5 005,1	5 005,0	5 005,0
Hulpmiddelen	1 219,9	1 318,8	1 322,4	1 322,4	1 322,4	1 322,4
Grensoverschrijdende zorg	446,0	492,5	505,0	518,2	530,8	531,0
Subsidies Gezondheidszorg	50,1	49,4	49,4	49,4	49,4	49,4
Totaal	25 377,9	25 447,6	26 202,3	26 286,1	26 396,2	26 396,5
Procentuele mutatie		0,3	3,0	0,3	0,4	0,0

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van gezondheidszorg. In deze beschikbare middelen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1^e suppletore wet 2006 en de miljoenennota 2007 verwerkt. Voor 2006 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2007 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

42.3 Operationele doelstellingen

Er zijn vier operationele doelstellingen voor gezondheidszorg:

1. de consument is in staat de gewenste zorgverzekeraar en zorgaanbieder te kiezen;
2. zorgaanbieders zijn in staat voor de consument een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod te realiseren;
3. zorgaanbieders zijn in staat voor de consument een toegankelijk zorgaanbod te realiseren;
4. zorgverzekeraars zijn in staat de consument een voor iedereen betaalbaar verzekerd pakket te bieden van noodzakelijke zorg.

42.3.1 De consument is in staat de gewenste zorgverzekeraar en zorgaanbieder te kiezen

Motivering

Motivering

De consument door transparante informatievoorziening, wetgeving en ondersteuningsstructuren in staat stellen te kiezen op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Dit prikkelt de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars veilige, effectieve en klantgerichte zorg te leveren/in te kopen.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Percentage consumenten dat in staat is om een zorgverzekeraar te kiezen <i>Bron: Nivel</i>	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.
Percentage consumenten dat in staat is om een zorgaanbieder te kiezen <i>Bron: Nivel</i>	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.

Toelichting:

De indicatoren zijn in ontwikkeling. Er zijn nog geen data en/of streefwaarden beschikbaar voor de begroting 2007. In de begroting 2008 wordt een indicator opgenomen.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

Hieronder beschrijven we de instrumenten per beleidsprioriteit. Bij elke beleidsprioriteit geven we aan of het instrumenten betreft voor de eerste lijn, of voor het gehele zorgaanbod.

1. Bevorderen van de uitwisseling van gegevens tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar

Eerste lijn

- (B) *Benchmark* huisartsen ontwikkelen
Er wordt een experimentele *benchmark* voor huisartsen ontwikkeld om

de toegankelijkheid van de informatievoorziening over de prestaties van huisartsen te verbeteren. In 2007 wordt het experiment afgerond en geëvalueerd. Voor het experiment is in 2007 in totaal een begrotingssubsidie beschikbaar van € 0,41 miljoen.

2. Bevorderen van actuele, betrouwbare en complete gegevens, die met zo min mogelijk administratieve lasten verstrekt kunnen worden

Gehele zorgaanbod

- (B) Jaardocument maatschappelijke verantwoording
Vanaf 2007 zijn alle zorginstellingen (*cure* en *care*) verplicht om via het jaardocument verantwoording af te leggen over het voorgaande jaar. Doel hiervan is maatschappelijke verantwoording te uniformeren en administratieve lasten bij zorginstellingen te verminderen. Het jaardocument bundelt diverse gegevensstromen die jaarlijks verplicht zijn op grond van wet- en regelgeving, in één document. Het vervangt hiermee de vroegere verplichting om onder meer een separaat jaarverslag, jaarrekening, kwaliteitsjaarverslag, klachtjaarverslag en een sociaal jaarverslag te maken (zie ook www.jaardocument.nl). Met de implementatie van het jaardocument beogen wij een lastenreductie van 25 procent per 31 december 2007 (het budget hiervoor is ongesplitst opgenomen op artikel 43 Langdurende zorg onder operationele doelstelling 43.3.5).

3. Het realiseren van de benodigde wetgeving en ondersteuningsstructuren om de consument in staat te stellen te kiezen

Gehele zorgaanbod

- (B) www.kiesbeter.nl onder de aandacht van de consument brengen
Dit instrument is bedoeld om de burgers meer inzicht te geven in de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders, ziektekosten en verzekeraars/verzekeringen. Dat willen we bereiken door overzicht te bieden en vergelijkende en preventie-informatie te geven. Ook willen we burgers informeren over hun rechten en plichten (het budget hiervoor is opgesplitst opgenomen op artikel 43 Langdurende zorg onder operationele doelstelling 43.3.2).
- (B) Uitbrengen zorgbalans
Vanaf 2006 wordt elke twee jaar een «zorgbalans» opgeleverd. Het doel hiervan is de ontwikkeling te volgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel (het budget hiervoor is gesplitst opgenomen op artikel 43 Langdurende zorg onder operationele doelstelling 43.3.2). Zie voor de herziening van het zorgstelsel: TK 2005–2006, 28 852, nr. 8.
- (B) Aansturen van en toezicht houden op het Fonds PGO (Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden)
Hiermee willen we de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties meer functie- en prestatiegericht financieren (TK 2005–2006, 29 214, nr. 14). Om dit te bereiken hebben we een nieuwe subsidieregeling gepubliceerd. In 2007 besluiten we over de status en positie van het fonds (het budget hiervoor is opgesplitst opgenomen op artikel 43 Langdurende zorg onder operationele doelstelling 43.3.2).

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Projectsubsidies (totaal)	201				
Trimbos «Ontwikkeling Multidisciplinaire Richtlijnen	201				
Nader te bepalen (totaal)	1 664	173	173	173	173
Totaal	1 865	173	173	173	173

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

42.3.2 Zorgaanbieders zijn in staat om voor de consument een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod te realiseren

Motivering

Motivering

Met deze operationele doelstelling willen we bereiken dat de consument de zorg krijgt waar hij recht op heeft. Daarom bevat het nieuwe zorgstelsel prikkels die zorgaanbieders moeten aanzetten een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg te leveren. Ook willen we ervoor zorgen dat het zorgaanbod, ook op de langere termijn, blijft aansluiten op de behoefte van de consument en op de demografische en technologische ontwikkelingen. Daarom moeten er nieuwe medische producten beschikbaar komen door innovatie en moeten bestaande medische producten, diensten en processen verbeterd worden. De producten moeten voldoen aan de (kwaliteits)normen die het veld en de overheid hebben opgesteld.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Percentage calamiteiten met medische producten/verrichtingen <i>Bron: IGZ</i>	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.

Toelichting:

Indicator wordt op dit moment ontwikkeld. Data naar verwachting beschikbaar voor begroting 2008.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

Hieronder beschrijven we de instrumenten per beleidsprioriteit. Bij elke beleidsprioriteit geven we aan of het gaat om instrumenten voor de eerste of tweede lijn of het gehele zorgaanbod, of dat het geneesmiddelen en medische technologie betreft.

1. Zorgaanbod laten voldoen aan normen voor (patiënt)veiligheid, effectiviteit en klantgerichtheid

Gehele zorgaanbod

- (B) ICT in de zorg ontwikkelen en implementeren
Doel is de kwaliteit in de zorg te verbeteren. Dat willen we bereiken door ICT in de zorg te ontwikkelen en te implementeren. Hierbij gaat het om het landelijk werkend elektronisch medicatiedossier, beschikbaarheid van de waarneeminformatie van huisartsen en elektronische afhandeling van het declaratieverkeer (in totaal € 39,8 miljoen). In 2007

richt het ICT-beleid zich op de invoering van het burgerservicenummer in de zorg, de landelijke invoering van het waarneemdossier huisartsen (wdh) en de landelijke uitrol van het elektronisch medicatiedossier (emd). Daarnaast worden nieuwe toepassingen ontwikkeld, zoals de uitbreiding van het emd, het dossier spoedeisende hulp en het diabetesdossier. In 2007 worden applicaties ontwikkeld waarmee de patiënt toegang krijgt tot het eigen elektronisch patiëntdossier (zie voor voortgangsrapportage ICT in de zorg TK 27 529, 2005–2006, nr. 22). Om doorbraken in de opschaling van ICT-toepassingen en diensten te realiseren, neemt VWS eveneens deel aan het Rijksbrede Actieprogramma Maatschappelijke Sectoren & ICT.

- (B) Patiëntveiligheid bevorderen
Om te bereiken dat we de patiënt veilige zorg kunnen bieden, introduceren we een veiligheidsmanagementsysteem in alle instellingen. Een belangrijk onderdeel daarvan is een goed werkend meld- en analysesysteem van incidenten. Het programma *Patiëntveiligheid* van Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) dient ter ondersteuning hiervan. Het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO Instituut) van het Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc) en het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) presenteren in 2007 de resultaten van een groot Nederlands onderzoek over aard en omvang van schade die door medisch ingrijpen is veroorzaakt en die in het ziekenhuis is opgelopen, en de eventuele oorzaak van die schade. Dit onderzoek is onderdeel van het programma *Vertrouwen in Zorg* dat de Orde van Medisch Specialisten (OMS) uitvoert.
- (B) Certificeren
Met dit instrument willen we instellingen stimuleren een werkend kwaliteits- of veiligheidsmanagementsysteem te hebben. Certificeren is echter geen doel op zich en is niet verplicht. Wel geeft het aan zorginstellingen en verzekeraars de gelegenheid hierover afspraken te maken en consequenties aan te verbinden. Vanuit de patiëntenkant kan hierop ook worden aangedrongen. Financiers, aanbieders, consumenten en cliënten zijn in het bestuur van het nieuwe kwaliteitsinstituut betrokken. Om de kracht van dit instrument te vergroten zullen de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) vanaf 1 januari 2007 hun krachten bundelen (het budget staat op artikel 43 langdurende zorg).
- (B) Verder implementeren van een zorgbrede governancecode
Het doel is de verdere professionalisering van bestuurders en toezichthouders in de zorg te bevorderen en de raad van toezicht een handhavende rol te geven bij het leveren van de gewenste zorgprestaties (zie ook brief TK 2005–2006, 29 689, nr. 68).
- (B) Rechtsbescherming bieden voor patiënten en beroepsbeoefenaren volgens de Wet BIG
De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelt onder meer de bevoegdheid om een beroep in de individuele gezondheidszorg uit te oefenen en het tuchtrecht. Voor het beheer van het BIG-register ontvangt het CIBG een bijdrage van € 2,3 miljoen. Sinds januari 2006 vallen ook de secretariaten van de tuchtcolleges onder de verantwoordelijkheid van het CIBG. In 2007 ontvangt het CIBG voor de bedrijfsvoering van de tuchtcolleges een bijdrage van € 2,9 miljoen.
- (B) Uitvoeren van onderzoek en toezicht door de IGZ om de kwaliteit van het zorgaanbod te waarborgen

Het gaat hierbij om de programma's *Eerstelijnsgezondheidszorg*, *Specialistische somatische en psychiatrische zorg*, *Zorg thuis* en *Veilige medische producten*.

- (B) Patiëntenrecht uitoefenen
We willen inzicht geven in de stand van zaken bij de uitoefening van patiëntenrechten in de sectoren eerstelijnsgezondheidszorg, specialistisch somatische en psychiatrische zorg en forensische zorg. Dit is een vervolgvactiviteit op *De staat van de volksgezondheid en de gezondheidszorg 2006*, IGZ.
- (B) BOPZ (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) evalueren
Om de vraag te beantwoorden of de wet nog adequaat functioneert, verschijnt in maart 2007 het rapport van de Evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet BOPZ. Hierop zal het kabinet een standpunt formuleren. De evaluatie van de observatiemachtiging wordt voortgezet; de presentatie zal begin 2008 plaatsvinden. Verder worden de bestaande mogelijkheden beter benut door leidraden en voorlichting (€ 0,5 miljoen).

Geneesmiddelen en medische technologie

- (B) Bijdragen aan het RIVM
Deze bijdrage is bedoeld om de kwaliteit van wetten, regelgeving en normen op het gebied van medisch technologische producten en lichaamsmateriaal te bewaken, zodat producten een goede kwaliteit en veiligheid hebben. Het ministerie van VWS besteedt deze rol uit aan het RIVM. Het RIVM vertegenwoordigt het ministerie van VWS in de Europese werkgroepen en levert wetenschappelijke *input* voor het opstellen van (kwaliteits)normen en beleidsmaatregelen (€ 0,6 miljoen).
- (B) Wet- en regelgeving implementeren op het gebied van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, weefsel en cellen, bloed en bewerkt lichaamsmateriaal (*tissue engineered products*)
De patiënt moet er vanuit kunnen gaan dat de beschikbare producten en de gebruikte productiemethoden voldoen aan de wettelijke eisen die gesteld worden aan de kwaliteit en veiligheid van medische producten. De IGZ houdt hier toezicht op via het programma *Productveiligheid*. Het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN) ontvangt subsidie voor normalisatietrajecten op het terrein van medische hulpmiddelen.
- (P) Geneesmiddelenwet
Naar verwachting treden de nieuwe geneesmiddelenwet en de onderliggende regelgeving in 2007 in werking.
- (B) Productveiligheid
Onderzoek moet uitwijzen hoe de registratie van bijwerkingen van de verschillende typen producten kan worden verbeterd en gestroomlijnd. Het gaat daarbij om producten zoals geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, bloed, weefsels en organen. Hierdoor krijgen we sneller en vollediger inzicht in nadelige effecten van het gebruik van deze producten en kunnen we veilig gebruik van deze medische producten stimuleren.

2. Stimuleren van de kennisinfrastructuur om de medische producten en processen te verbeteren

Gehele zorgaanbod

- (B) Kennisprogramma curatieve zorg
Eind 2005 hebben wij ZonMw de opdracht verleend om de eerste fase

van het programma *Kennisbeleid kwaliteit curatieve zorg* uit te voeren. Dit programma richt zich op de continuering en vernieuwing van de activiteiten van de OMS en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) op het gebied van richtlijnenontwikkeling en professioneel kwaliteitsbeleid. Deze lopende activiteiten worden verbreed en bieden daarmee ruimte aan andere actoren uit de curatieve zorg zoals (niet limitatief!) de eerste lijn, de ggz, de arbocuratieve zorg, enzovoort. De kennisontwikkeling moet bijdragen aan de (keten)samenwerking tussen eerste en tweede lijn. De eerste fase wordt in 2007 afgerond. De opdrachtverlening voor de tweede fase volgt medio 2006 en heeft betrekking op de periode tot 2009.

Tweede lijn

- (B) Het programma *Sneller Beter*
Het programma *Sneller Beter* (zie TK 2005–2006, 28 439, nr. 11) dient allereerst om goede voorbeelden in de zorg op het gebied van patiëntveiligheid en -logistiek, verantwoordingsinformatie en ICT sneller in de zorg in te voeren. Het programma loopt door in 2007. Sommige onderdelen worden pas in 2008 afgerond. Het ministerie van VWS biedt verder faciliteiten zoals een website (€ 0,65 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	10 215	10 215	10 215	10 215	10 215
<i>Onder andere</i>					
Nederlands Kanker Instituut	9 296	9 296	9 296	9 296	9 296
Projectsubsidies (totaal)	21 395	17 245	7 859	3 545	3 545
<i>Onder andere</i>					
NIVEL Subs. LIPZ	376	42			
Orde van Med. Specialisten (div. proj.)	2 054	564	350		
CBO (div. proj.)	2 650	2 000	2 000		
Opdrachten (totaal)	7 736	5 455	4 391	3 891	3 891
<i>Onder andere</i>					
WfZ Uitplaatsing garanties	277	277			
Bijdragen aan baten-lastendiensten (totaal)	8 330	8 330	8 330	8 330	8 330
<i>Onder andere</i>					
CIBG t.b.v. uzi- en uzovi-register	3 100	3 100	3 100	3 100	3 100
CIBG t.b.v. medisch tuchtcolleges	2 900	2 900	2 900	2 900	2 900
CIBG t.b.v. big-register	2 300	2 300	2 300	2 300	2 300
Nader te bepalen (totaal)	24 827	37 053	47 665	52 478	52 478
Totaal	72 503	78 298	78 460	78 459	78 459

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

42.3.3 Zorgaanbieders zijn in staat voor de consument een toegankelijk zorgaanbod te realiseren

Motivering

Motivering

Met deze operationele doelstelling willen we zorgen dat de consument de zorg krijgt waar hij recht op heeft. Daarom bevat het nieuwe zorgstelsel prikkels die zorgaanbieders moeten aanzetten om een toegankelijk aanbod van gezondheidszorg te bieden. Voldoende aanbod van deskundige beroepsbeoefenaren is daarbij van essentieel belang. We willen dat

het zorgaanbod, ook op de langere termijn, aansluit op de behoefte van de consument en op de demografische en technologische ontwikkelingen. Daarom is het noodzakelijk om nieuwe medische producten en processen beschikbaar te krijgen en bestaande medische producten en processen via innovatie te verbeteren. Dit moet de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verbeteren.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
1 Percentage bevolking dat binnen 45 minuten een SEH afdeling kan bereiken <i>Bron: RIVM</i>	98,8%	2005	i.o.	i.o.
2 Percentage ambulances dat binnen 15 minuten ter plaatse is <i>Bron: RIVM</i>	92%	2001	i.o.	i.o.
3 Percentage patiënten dat binnen de Treeknorm een consult heeft met de huisarts <i>Bron: Nivel</i>	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.
4 Percentage burgers dat binnen de Treeknormen in het ziekenhuis wordt geholpen	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.
5 Aantal door in Nederland gevestigde bedrijven in Nederland geregistreerde octrooien voor Biotechnologie/Human Health <i>Bron: octrooibureau</i>	40	2000–2006	–	–
6 Aantal door in Nederland gevestigde bedrijven in Europa geregistreerde octrooien voor Biotechnologie/Human Health <i>Bron: octrooibureau</i>	1 188	2000–2006	–	–
7 Aantal door in Nederland gevestigde bedrijven wereldwijd geregistreerde octrooien voor Biotechnologie/Human Health <i>Bron: octrooibureau</i>	470	2000–2006	–	–
8 Aantal donoren (excl. levende nierdonoren) <i>Bron: NTS</i>	228 217	2004 2005	–	250(2008)

Toelichting:

1 en 2: De definitie van de indicator wordt in samenspraak met het RIVM verder ontwikkeld in 2007.

3: Er wordt in overleg met Nivel en RIVM een indicator ontwikkeld. De informatie is naar verwachting beschikbaar voor begroting 2008.

4: De (streef)waarden worden opgenomen in begroting 2008.

5, 6 en 7: De indicatoren zullen jaarlijks worden gemeten en gerapporteerd.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

Hieronder beschrijven we de instrumenten per beleidsprioriteit. Bij elke beleidsprioriteit geven we aan of het gaat om instrumenten voor de eerste of tweede lijn, voor acute zorg of het gehele zorgaanbod, of dat het geneesmiddelen en medische technologie betreft.

1. Zorgaanbod is beschikbaar binnen de Treeknormen en binnen de bereikbaarheidsnormen voor (acute) zorg

Gehele zorgaanbod

- (B) Capaciteit, opleidingen- en beroepenstructuur optimaliseren
Om te komen tot een moderne en samenhangende besturingsstructuur is in juli 2006 de stichting College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) opgericht. Dit college heeft de volgende taken: de opleidingscapaciteit ramen, voorstellen doen aan de minister voor toewijzing van opleidingsplaatsen en het ontwikkelen en/of implementeren van voorstellen voor de innovatie van beroepen en opleidingen. Ook de beoogde samenhang tussen beroepen en opleidingen moet binnen het CBOG gerealiseerd worden (€ 2,5 miljoen). We willen het publieke belang van voldoende aanbod van gekwalificeerde zorgverleners binnen het samenhangende stelsel van beroepen en opleidingen borgen. Daarom wordt de bekostigingsstructuur van de medische vervolgopleidingen aangepast. Met ingang van 1 januari 2007 wordt het opleidingsfonds opgericht. De opleidingen van de erkende medische en tandheelkundige specialismen en de erkende bètaberoepen (ziekenhuisapotheker, klinisch fysicus en klinisch chemicus) vallen vanaf 2007 onder het opleidingsfonds. Met deze zogeheten eerste tranche opleidingen is een bedrag van € 636,7 miljoen gemoeid. De eerste tranche opleidingen wordt in 2007 vanuit de VWS-begroting gefinancierd. De opleiding tot huisarts wordt net als in voorgaande jaren ook in 2007 door middel van een begrotings-subsidie gefinancierd. Met ingang van 2008 vallen ook de tweede tranche zorgopleidingen (waaronder enkele verpleegkundige vervolgoopleidingen, opleidingen voor medisch ondersteunende functies, enkele openbare gezondheidszorg- en ggz-functies) onder het opleidingsfonds (TK 2005–2006, 29 282, nr. 23; TK 2005–2006, 29 282, nr. 28; TK 2005–2006, 29 282, nr. 32).
- (B) Verhogen arbeidsproductiviteit
Om ervoor te zorgen dat er nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is voor de zorgsector, is het onder andere noodzakelijk dat de arbeidsproductiviteit hoger wordt. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de instellingen. Het beleid is er op gericht de noodzaak tot het verhogen van de arbeidsproductiviteit blijvend onder de aandacht te brengen en voor deze verhoging randvoorwaarden te creëren. Door goede voorbeelden te verspreiden via *Sneller Beter*, willen we instellingen motiveren om andere werkwijzen en slimme oplossingen te vinden en door te voeren. ICT-toepassingen in de zorg en verschillende vormen van technologische innovaties kunnen een personeelsbesparend effect hebben. Onderzoek moet uitwijzen of dat werkelijk zo is. Ook is het van belang dat innovatief en ondernemend gedrag wordt gestimuleerd door er voor te zorgen dat innoveren in de zorg meer lonend wordt voor instellingen. Tevens kijken we naar verschillende zorg- en organisatieconcepten bij zorginstellingen en het effect hiervan op de personele inzet. Voor deze onderwerpen is zorgbreed € 5,3 miljoen beschikbaar.
- (B) Monitoren arbeidsmarkt zorg
Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de kwaliteit en toegankelijkheid van het zorgaanbod en moet dus alert blijven op de korte- en langetermijnonontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Het ministerie van VWS heeft hiervoor behoefte aan regelmatig geactualiseerde cijfers over de arbeidsmarkt in zorg en welzijn. Het meerjarige Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn komt hieraan tegemoet. Dit zorgbrede onderzoeksprogramma wordt betaald door

Acute zorg

- (P) *Benchmark* acute zorgketen volgen
De *benchmark* acute zorgketen wordt in meerdere regio's opgezet, inclusief gegevens over de opschaling. Het ministerie van VWS volgt de vorming van de acute zorgketennetwerken op de voet (zie de beleidsvisie traumazorg, TK 2005–2006, 29 247, nr. 37). Op basis van de rapportage van de *pilot* nachthelikopter nemen wij aan het eind van dit jaar een standpunt in over het functioneren en de financiering van deze voorziening. Samen met de ministeries van Defensie en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) bekijken wij in breder perspectief de mogelijkheden tot inzet op langere termijn van voldoende gekwalificeerde piloten.
- (P) Wet toelating zorginstellingen (WTZi) in werking getreden
Op 1 januari 2006 is de WTZi in werking getreden (Stb 571, uitvoeringsbesluit 575). Het beleid is gericht op een goede bereikbaarheid van de acute zorg in Nederland. De minister van VWS gebruikt het beschikbare wettelijk instrumentarium, de WTZi, om de goede bereikbaarheid van acute zorg te handhaven. Het RIVM heeft, conform een toezegging aan de Kamer, de bereikbaarheid per 1 januari 2006 in kaart gebracht. Op die manier is de uitgangssituatie bij invoering van de wet vastgelegd. Voornemens die de goede bereikbaarheid in gevaar brengen moeten, conform de WTZi, besproken worden in het regionale ketenoverleg acute zorg.
- (P) Nieuwe Wet op de ambulancezorg
In april 2006 heeft de Tweede Kamer de nieuwe Wet op de ambulancezorg aangenomen. De wet regelt de vergunningverlening voor ambulancezorg voor de veiligheidsregio's en vergroot de doelmatigheid door een grotere rol voor de regionale verzekeraars en GHOR-bestuur (Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen). De nieuwe wet treedt per 1 januari 2008 in werking, na het proces van vergunningverlening in 2007.

Geneesmiddelen en medische technologie

- (B) Subsidies en opdrachten voor orgaandonatie
Doel is om de registratiegraad in het Donorregister tot 40 procent te verhogen en het aantal donoren in 2008 met 10 procent te laten stijgen ten opzichte van 2004. In 2007 gaan de gemeenten de bevolking meer attenderen op de mogelijkheid tot donorregistratie. Specifieke groepen ingezetenen die nog niet geregistreerd zijn worden aangeschreven en er wordt een mogelijkheid ontwikkeld tot registratie als orgaandonor via internet.
Om het donorpotentieel in ziekenhuizen optimaal te gebruiken worden uitnameteams geherstructureerd, wordt een besluit genomen over eventuele uitbreiding van non-heartbeating donatieprocedures en worden maatregelen genomen om het aantal familieweigeringen van niet-geregistreerden te verkleinen.

2. Stimuleren van de kennisinfrastructuur om de medische producten en processen te verbeteren

Geneesmiddelen en medische technologie

- (B) Subsidieren topinstituut Pharma
Om een impuls te geven aan nationaal onderzoek en ontwikkeling en

om internationale samenwerking op dit punt te realiseren, ondersteunt het ministerie van VWS, in samenwerking met de ministeries van OCW en EZ, het topinstituut Pharma.

- (B) Subsidiëren ZonMw
Deze subsidie is bedoeld voor programma's om geneesmiddelen voor kinderen te ontwikkelen en voor onderzoek naar de werkingsmechanismen en de interactie van geneesmiddelen bij ouderen.
- (B) Uitvoeren van de Agenda Medische Biotechnologie 2004–2007
Met dit instrument willen we een impuls geven aan de ontwikkeling en het gebruik van medische biotechnologie.
- (B) Kabinetsvisie nanotechnologie
In 2006 verschijnt de kabinetsvisie nanotechnologie. We starten in 2007 met de uitwerking daarvan.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	762 428	125 728	125 728	125 728	125 728
<i>Onder andere</i>					
Opleidingsfonds	636 700				
SBOH	93 000	93 000	93 000	93 000	93 000
opleidingen verloskunde	15 761	15 761	15 761	15 761	15 761
medische vervolgopleidingen	6 290	6 290	6 290	6 290	6 290
NIGZ (donorvoorlichting)	1 700	1 700	1 700	1 700	1 700
Nederlandse Transplantatiestichting	3 270	3 270	3 270	3 270	3 270
Projectsubsidies (totaal)	61 733	53 636	47 467	40 869	38 248
<i>Onder andere</i>					
modernisering beroepenstructuur/cbog in oprichting	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
Physician assistant (pa)/nurse practitioner (np)	3 150	1 838	263		
opleidingen pa/np	13 125	13 125	13 125	13 125	13 125
Opdrachten (totaal)	4 370	4 240	4 081	4 052	4 052
Bijdragen aan baten-lastendiensten (totaal)	4 973	4 963	4 963	4 963	4 963
<i>Onder andere</i>					
Donorregister	3 435	3 435	3 435	3 435	3 435
Nader te bepalen (totaal)	13 309	16 829	16 080	19 821	24 145
Totaal	846 813	205 396	198 319	195 433	197 136

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

42.3.4 Zorgverzekeraars zijn in staat de consument een voor iedereen betaalbaar verzekerd pakket te bieden van noodzakelijke zorg

Motivering

Motivering

Zorgverzekeraars concurreren om de gunst van de verzekerden door polissen aan te bieden met een goede prijs-kwaliteitverhouding. Dit realiseren zij door scherp en prestatiegericht zorg in te kopen bij zorgaanbieders.

Prestatie-indicatoren			
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007
Beheerste ontwikkeling gemiddelde nominale premie ZVW in euro's <i>Bron: MEV 2006</i>	1 030	2006	1 134
Beheerste ontwikkeling schadelast verzekeraars in euro's <i>Bron: CVZ</i>	€ 25,0 miljard	2006	≤ € 25,4 miljard
Aantal onverzekerden <i>Bron: CBS-rapport «Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten 2004–2006»</i>	245 000 182 000	2005 2006	≤ 250 000

Toelichting:

De indicator «ontwikkeling standaardpremie» is een afgeleide van de ontwikkeling van de schadelast van verzekeraars, zoals geraamd als actuele stand voor de ontwerpbegroting 2007.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

Hieronder beschrijven we de instrumenten per beleidsprioriteit. Bij elke beleidsprioriteit geven we aan of het gaat om instrumenten voor de eerste of tweede lijn, voor acute zorg of het gehele zorgaanbod, of dat het geneesmiddelen en medische technologie betreft.

1. Een goede implementatie van de ZVW: iedereen kan zich tegen een redelijke prijs verzekeren voor kwalitatief goede noodzakelijke zorg

Gehele zorgaanbod

- (B) Volgen van de werking van de Zorgverzekeringswet (ZVW)
De NZAio volgt de werking van de ZVW. In juni 2006 is de eerste marktmonitor zorgverzekeringsmarkt afgerond (zie ook EK 2005–2006, 30 186, A; TK 2005–2006, 29 689, nr. 101 over de Wet marktordening gezondheidszorg). Hoewel de NZAio de markt kritisch blijft volgen, is het algemene beeld dat de ZVW goed werkt. Voor 2007 zullen er dus geen significante systeemaanpassingen nodig zijn. De NZAio blijft over de werking van de ZVW periodiek rapporteren. Met zorgverzekeraars zijn afspraken gemaakt over wanbetalers om het aantal onverzekerden zo beperkt mogelijk te houden.
- (B) Aanpassen internationale wet- en regelgeving
Als gevolg van de invoering van de ZVW moeten nationale en internationale wet- en regelgeving met elkaar in overeenstemming worden gebracht. Om dit te bereiken wordt in nauw overleg met de Europese Commissie de behandeling van de te wijzigen sociale zekerheidsverordening in 2007 afgerond. Afrekeningsakkoorden met EU-lidstaten worden aangepast. Ook onderhandelen we met staten waarmee een bilateraal verdrag over sociale zekerheid bestaat.

- (B) Administreren verdragsgerechtigden
Door de invoering van de ZVW zijn de werkzaamheden van de buitenland-administratie door het CVZ toegenomen (€ 1 miljoen).
- (B) Functiegerichte aanspraken evalueren
De aanspraken die onder de ZVW verplicht verzekerd zijn, worden permanent kritisch beschouwd. Doel is ervoor te zorgen dat alleen noodzakelijke, doelmatige en effectieve zorg die niet voor eigen rekening kan komen in het pakket zit. In 2007 wordt een eerste stap gezet in de doorlichting van het pakket. Er worden dan twee pakket-aanpassingen doorgevoerd. Ten eerste worden per 1 januari 2007 de eerste drie pogingen tot ivf weer opgenomen in het verzekerde pakket, zonder eigen bijdrage (zie TK 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 142). Ten tweede maakt vanaf 1 januari 2007 de medisch noodzakelijke buikwandcorrectie onder strikte voorwaarden weer deel uit van het pakket. Dit levert een besparingsverlies op van circa € 10 miljoen. Dekking hiervoor komt uit de extra opbrengst van het geneesmiddelenconvenant. Daarnaast is per 1 januari 2007 de beperking van het aantal psychotherapiebehandelingen versoepeld. Dit betreft een wijziging in de aanspraken die onder de AWBZ verzekerd zijn.
- (B) Toezicht houden op zorgverzekeraars
De ZVW laat zorgverzekeraars onderling concurreren, binnen publieke randvoorwaarden zoals de acceptatieplicht en de zorgplicht. De NZAio houdt toezicht op de naleving van deze randvoorwaarden. Ook is er toezicht op het gedrag van zorgverzekeraars naar hun verzekerden. Met de inwerkingtreding van de WMG ligt dit toezicht grotendeels bij de NZAio. De NZAio gebruikt hiervoor een risico-analysemodel. Uiterlijk 1 november 2006 publiceert de NZAio haar bevindingen over de uitvoering van de Ziekenfondswet over 2005. Uiterlijk 1 november 2007 publiceert de NZAio haar rapport van bevindingen over het eerste jaar ZVW.
- (B) Onderzoek doen naar eigen betalingen in het verzekeringssysteem
In het voorjaar van 2007 wordt de verdiepingsslag van de evaluatie van de *no-claim*teruggave afgerond. In juni 2006 hebben wij de eerste fase van deze evaluatie met een kabinetsstandpunt aan beide Kamers der Staten-Generaal gestuurd. Het kabinet heeft besloten de *no-claim*teruggave in de ZVW te handhaven en deze niet per 1 januari 2007 te vervangen door een verplicht eigen risico.
- (B) Rijksbijdrage leveren aan het zorgverzekeringsfonds
Met de rijksbijdrage voorkomen we dat huishoudens met kinderen jonger dan achttien jaar te hoge zorglasten hebben (€ 1,954 miljard). Kinderen tot achttien jaar betalen geen nominale premie. De rijksbijdrage voorziet in de financiering van de premie van deze kinderen.
- (B) Zorgtoeslag
Ook in 2007 betaalt de Belastingdienst als tegemoetkoming de zorgtoeslag uit aan alle burgers die daar recht op hebben (€ 2,869 miljard). Met de zorgtoeslag wordt bewerkstelligd dat niemand een groter dan aanvaardbaar deel van zijn inkomen aan de premie voor de ZVW betaalt.

2. Verzekeraars en zorgaanbieders in staat stellen goed te onderhandelen over de te leveren zorg

Eerste lijn

- (P en B) Huisartsenzorg verder moderniseren
 - (B) In 2007 gaan we verder met het monitoren van het nieuwe bekostigingssysteem dat per 1 januari 2006 is ingevoerd. Zoals afgesproken in het Vogelaar-akkoord, evalueren de partijen eind 2007 het nieuwe systeem en passen zij het zo nodig aan.
 - (B) In 2007 richten we ons ook op de modernisering en innovatie van het Vogelaar-akkoord. Daarvoor kiezen we een programmatische aanpak die lijkt op het programma *Sneller Beter*, dat in de tweede lijn wordt uitgevoerd. Het programma heet *De nieuwe praktijk* en richt zich vooral op de modernisering van de huisartsenzorg binnen een geïntegreerde eerste lijn (€ 0,5 miljoen). Deze beweging moet vanuit de dagelijkse praktijk tot stand komen. We ondersteunen dit door de inzet van vernieuwende huisartsen als ambassadeurs, de kritische blik van buitenstaanders, het benoemen van voorbeeldprojecten en een gezamenlijk gedragen digitaal platform waar ervaringen en goede voorbeelden kunnen worden uitgewisseld.
 - (P) Tot slot brengen we de bekostiging van gezondheidscentra voor een deel onder de WMB om de samenwerking in de eerste lijn te stimuleren en te faciliteren. In een periode van twee jaar worden de huidige subsidiegelden (ten laste van het Zorgverzekeringsfonds) onder WMG gebracht. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten dan specifieke afspraken met elkaar kunnen maken die beter aansluiten bij de individuele behoeften en wensen van de patiënt. Gedurende het overgangstraject in 2007 en 2008 worden de reeds bestaande centra dan voor respectievelijk 90 procent en vervolgens voor 60 procent volgens de subsidiesystematiek via het Zorgverzekeringsfonds bekostigd. Per 2009 gaan we een nieuwe bekostiging ontwikkelen die voor 100% via de WMG loopt, waarin vraagsturing en onderhandelingsvrijheid van verzekeraars het uitgangspunt is.
- (P) Experiment fysiotherapie verlengen

Om de mogelijkheden van marktwerking binnen de fysiotherapie te verkennen, is in 2006 de tweede fase gestart van het experiment met vrije prijsvorming in de fysiotherapie. Aan de hand van geselecteerde «producten» wordt geëxperimenteerd met marktwerking binnen de sector en worden de gevolgen op toegankelijkheid, betaalbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit in kaart gebracht. Het experiment is op advies van NZAio met één jaar verlengd en loopt door tot 1 januari 2008. Met dit extra jaar kunnen definitieve prestatie-indicatoren voor fysiotherapeutische zorg ontwikkeld worden. Ook verwacht NZAio betere meetresultaten, nu de markt meer tot rust is gekomen (zie TK 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 164).

Acute zorg

- (P) Bekostigen acute zorg

Onder andere om het ziekenhuisaanbod te liberaliseren voeren we in 2007 een nieuwe vorm van bekostiging van de beschikbaarheid voor acute zorg in. Hierin nemen we ook de bekostiging van de medisch-specialistische zorg mee.

Tweede lijn

- (P) Prestatiecontract ziekenhuizen/convenant UMC's

In 2004 hebben de NVZ, ZN en VWS een prestatiecontract en de NFU, ZN en VWS een convenant gesloten. De gemaakte afspraken hebben betrekking op de jaren 2005 t/m 2007. Kern is dat de noodzakelijke groei van het zorgvolume binnen de beschikbare macrokaders zal plaatsvinden. Tegen die achtergrond zijn betrokken partijen in 2005 geïnformeerd over het feit dat zich over het jaar 2005 een overschrijding voordeed. Dit stelde partijen in staat om hiermee rekening te houden bij het maken van nadere afspraken over de realisatie 2005 en de productie 2006. Sindsdien zijn partijen periodiek over de financiële ontwikkelingen geïnformeerd en heeft daarover regelmatig overleg met partijen plaatsgevonden.

Niettemin blijkt uit recente cijfers van de NZAio dat zich over 2005 een overschrijding heeft voorgedaan. Er vanuit gaande dat de in 2005 geconstateerde volumegroei zich zal voortzetten, leidt dit tot een structurele overschrijding van € 192 mln. in 2006, die naar verwachting in 2007 zal oplopen tot € 291 mln. Teneinde de financiële consequenties van de volumegroei weer binnen de financiële afspraken uit het prestatiecontract/convenant te brengen, moesten maatregelen worden getroffen. De uitnodiging aan partijen om daartoe zelf met voorstellen te komen heeft geen resultaat opgeleverd. Derhalve is de procedure in gang gezet om te komen tot een aanwijzing aan NZAio inhoudende een macrokorting ziekenhuizen van structureel € 192 miljoen vanaf 2007. De realisatie 2006 en de productie-afspraken 2007 zullen worden gemonitord. Indien blijkt dat de kostenontwikkeling zich zodanig voortzet dat deze leidt tot een verdere overschrijding in 2007, zullen in 2007 alsnog additionele maatregelen worden genomen om de overschrijding in dat jaar (structureel) te compenseren. Indien partijen bij het maken van de verdere budgetafspraken voor 2006 en 2007 er zelf in slagen de kostenontwikkeling weer in lijn te brengen met de financiële afspraken uit het prestatiecontract/convenant, zijn additionele maatregelen met betrekking tot 2007 niet noodzakelijk.

- (P) Dure intramurale geneesmiddelen

De budgettaire consequenties van de beleidsregel dure geneesmiddelen nemen in de periode 2005 tot en met 2007 naar verwachting toe met € 198 miljoen in 2007. De oorzaak hiervan is gelegen in de aanpassing van de beleidsregel dure geneesmiddelen. Het variabele vergoedingspercentage van maximaal 75% is vanaf 2006 gewijzigd in een voor ieder ziekenhuis gelijk vergoedingspercentage van 80% van de kosten van een geneesmiddel dat op grond van de beleidsregel voor vergoeding in aanmerking komt. Verder groeit het gebruik van bestaande dure geneesmiddelen en worden er jaarlijks op grond van de beleidsregel nieuwe middelen voor vergoeding in aanmerking genomen. Het laatste is met name in 2006 het geval. In de ramingen voor de periode 2005 tot en met 2007 is rekening gehouden met een groei van € 52 miljoen in 2006 en € 78 miljoen vanaf 2007. Dit leidt tot extra uitgaven van € 112 miljoen in 2006 en € 120 miljoen structureel vanaf 2007. De raming voor de ziekenhuizen wordt hiervoor opgehoogd zodat patiënten die deze dure geneesmiddelen nodig hebben, zoals sommige groepen kankerpatiënten, deze kunnen blijven krijgen.

- (B) Minder regels voor bekostiging en financiering van ziekenhuizen

Wij streven ernaar om er op zo kort mogelijke termijn voor te zorgen dat de bekostiging en financiering van ziekenhuizen eenvoudiger wordt. Hiertoe worden aanpassingen in de DBC-systematiek gedaan.

De keuzes over de exacte uitwerking van deze vereenvoudiging worden door het volgende kabinet gemaakt.

- (B) DBC's verder invoeren en ontwikkelen
Radiotherapeutische instellingen en de dialysecentra zijn per 1 februari 2006 gaan registreren en declareren op basis van DBC's. Voor de overige categorale instellingen geldt een gefaseerde invoering: vanaf 1 januari 2006 registreren long-astmacentra en epilepsiecentra, per 1 april 2006 registreren audiologische instellingen. Per 1 januari 2007 gaan deze organisaties ook DBC's declareren. Het traject voor de revalidatie-instellingen loopt vertraging op. In de huidige planning gaan zij per 1 januari 2008 declareren op basis van DBC's (€ 8,7 miljoen).
- (B) DBC's invoeren in de ggz en uitvoering van de ggz onder de Zvw
Per 1 januari 2006 is de gefaseerde invoering van DBC's in de ggz gestart met de verplichte registratie van DBC's. Volgens de huidige planning gaat de ggz op 1 januari 2008 over op DBC-declaratie. Het DBC-systeem wordt in 2007 verder verfijnd en onderhouden (zie TK 2005–2006, 29 248, nr. 26). Daarnaast wordt onder meer de declaratiestructuur verder ontwikkeld en getoetst, worden veldpartijen ondersteund (monitor, ondersteuningsteam, communicatie) en wordt het DBC-informatiesysteem (DIS) verder in gebruik genomen (€ 3,9 miljoen). Per 1 januari 2008 is dan het officiële moment dat de geneeskundige ggz in de Zvw-polis komt en DBC-declaraties naar de zorgverzekeraars worden gestuurd.
- (B) Experiment keten-DBC's uitvoeren
In 2007 worden tien *pilots* uitgevoerd om een goede organisatie voor diabeteszorg vorm te geven en om te experimenteren met een nieuw proces van zorginkoop via een conceptketen-DBC diabetes. We hebben aan de NZAio gevraagd een uitvoeringstoets te doen voor het ontwikkelen van een beleidsregel om inkoop van deze ketenzorg mogelijk te maken en vragen over de uitvoering te beantwoorden. In 2009 rapporteren we over de resultaten van dit experiment.
- (P) Doorberekenen kapitaallasten
In de brief over transparante en integrale tarieven (TK 2004–2005, 27 659, nr. 52) zijn wij uitvoerig ingegaan op de problematiek van de kapitaallasten. Aparte vergoeding van de kapitaallasten leidt tot onzuivere afwegingen en beperkt de eigen verantwoordelijkheid van het instellingsbestuur. Opname van de kapitaallasten in de prijzen en tarieven biedt zorgaanbieders vrijheid van investeringsbeleid. Zorgaanbieders gaan dan zelf beschikken over eigendom en vermogen en zullen ook de risico's dragen die daaraan verbonden zijn. De nacalculatie op kapitaallasten vervalt. Aan de invoering van integrale tarieven werken we in 2007 verder.
- (P) Positioneren academische ziekenhuizen
Sinds het uitbrengen van de nota Positionering Academische Ziekenhuizen eind 1998 zijn besluiten genomen respectievelijk hebben zich ontwikkelingen voorgedaan die de positie van de academische ziekenhuizen raken. Het betreft onder meer de invoering van de Zorgverzekeringswet en de vorming van Universitair Medische Centra (UMC's). De gevolgen hiervan voor de positie van de academische ziekenhuizen (nu UMC's) leggen het ministerie van VWS en OCW gezamenlijk vast in een nieuwe positioneringsnota. In deze nota wordt onder meer ingegaan op de verhouding met algemene ziekenhuizen, de omvang en verantwoording van de academische component en het huisvestingsbudget.
- (P) Medisch specialisten
Over de hoogte van het honorarium voor medisch specialisten hebben

wij in januari 2006 advies gekregen van de daartoe ingestelde Commissie «onderbouwing normatief uurtarief medisch specialisten». De commissie kwam met een verdeeld advies. Lopende 2006 volgt ons standpunt op dit advies.

Geneesmiddelen en medische technologie

- (P) Moderniseren prijs- en vergoedingssysteem
Het CVZ brengt eind 2006 een advies uit over de modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Het CVZ doet voorstellen voor een vergoedingssysteem dat rekening houdt met de gewijzigde verzekeringswetgeving en verantwoordelijkheidsverdeling binnen de zorg. Het systeem kan, ook op de langere termijn, de kosten van het geneesmiddelengebruik beheersen. In 2007 werken we deze voorstellen uit in wet- en regelgeving, zodat we het gvs per 1 januari 2008 kunnen aanpassen.
Naast het gvs passen we in 2007 ook de uitvoering van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP), aan, zodat de sector na afloop van het convenant kan opereren binnen de kaders van een gemoderniseerd prijs- en vergoedingssysteem. Op basis van de WGP stellen we de maximumprijzen vast op het gemiddelde van de prijzen in België, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk.
- (P) Invoeren modulair tarief apotheekhoudenden
In 2006 heeft de NZAio een onderzoek uitgevoerd naar de praktijkkosten en de inkoopvoordelen die apotheekhoudenden realiseren. De uitkomsten daarvan gebruiken we voor een nieuw modulair tariefsysteem voor apotheekhoudenden. Apotheekhoudenden krijgen een financiële prikkel (die met de zorgverzekeraar is afgesproken) om doelmatig in te kopen. We ronden deze nieuwe tariefsystematiek begin 2007 af, zodat het systeem in werking kan treden op 1 januari 2008.
- (P) Geneesmiddelenconvenant continueren
We continueren in 2007 de afspraak dat geneesmiddelen waarvan generieke varianten beschikbaar zijn, 40 procent lager worden geprijsd. Daarnaast voeren we in 2007 aanvullende prijsverlagingen door (€ 78 miljoen) om de bestaande inkoopvoordelen van apotheekhoudenden verder structureel af te romen. Hierdoor worden inkoopvoordelen omgezet in structurele prijsverlagingen. Met het convenant is in 2007 een te besparen bedrag van € 971 miljoen gemoeid.
- (B) Subsidiëren van de Stichting DGV (Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik)
Doel van deze subsidie is verantwoord en daarmee doelmatig medicijngebruik te bewerkstelligen. De Stichting DGV richt zich op de keten van voorschrijver, afleveraar en gebruiker van medicijnen (€ 2,1 miljoen). We zetten de subsidierelatie met de Stichting DGV voort. Evaluatie over de periode van 2001 tot 2005 wijst uit dat DGV met haar implementatieactiviteiten een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan het bevorderen van verantwoord en doelmatig geneesmiddelengebruik. Voor 2007 liggen de activiteiten van DGV meer op de prescriptieterugkoppeling van huisartsen, waardoor zij inzicht krijgen in het eigen voorschrijfgedrag.
- (B) Opdracht verlenen aan de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) en (P) Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP)
Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van het gebruik van geneesmiddelen, vergaren deze instellingen gegevens over het landelijke en regionale geneesmiddelengebruik. Dit is essentieel om de betaalbaarheid van de zorg te monitoren en waar nodig beleidsmaatregelen te nemen.

- (P) Dure geneesmiddelen/weesgeneesmiddelen in ziekenhuizen monitoren
In 2006 zijn nieuwe CTG-beleidsregels voor de financiering van dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen in ziekenhuizen van kracht geworden. Om de kosten van deze dure middelen in beeld te krijgen, zet de SFK in samenwerking met de ziekenhuizen een monitor op. Via aansluiting bij het onderzoeksprogramma van ZonMw wordt er doelmatigheidsonderzoek naar deze middelen verricht.
- (B) Handhaven reclamebesluit evalueren
In 2007 ronden we de evaluatie van de zelfregulering op het gebied van het Reclamebesluit Geneesmiddelen en de beleidsregels over de periode van 2003 tot 2007 af. Deze evaluatie behelst de effectiviteit van het handhavingsbeleid. Na de evaluatie blijkt of en welke aanscherping van beleid en toezicht nodig is, of dat een andere rolverdeling wenselijk is.

3. Realiseren van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars

- (B) Risicovereveningssysteem evalueren
We evalueren het risicovereveningssysteem om te waarborgen dat de doelstellingen van het systeem worden behaald. Die doelstellingen zijn: geen risicoselectie door verzekeraars en een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Daarnaast monitoren we de financiële positie van zorgverzekeraars en de ontwikkeling van de premie die gericht is op een goed werkend risicovereveningssysteem.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	6 718	6 718	6 718	6 718	6 718
<i>Onder andere</i>					
Stichting DBC Onderhoud	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500
Projectsubsidies (totaal)	4 286	6 190	6 000	6 000	6 000
<i>Onder andere</i>					
Doelmatig voorschrijven (diversen)	750	188			
Stichting DGV	2 214	2 214	2 214	2 214	2 214
Opdrachten (totaal)	780	780	780	780	780
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken	8 530	8 530	8 530	8 530	8 530
Jaarlijkse VWS-bijdrage C2000 (via BZK)	8 530	8 530	8 530	8 530	8 530
Specifieke uitkeringen (totaal)	4 668 500	5 472 200	5 652 800	5 979 700	6 263 300
<i>Onder andere</i>					
Rijksbijdrage 18-Zorgtoeslag	1 857 500 2 811 000	2 014 200 3 458 000	2 068 800 3 584 000	2 151 700 3 828 000	2 226 300 4 037 000
Bijdragen aan baten-lastendiensten (totaal)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
fin. Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg (LMAZ) (via KLDP)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Bijdragen aan zbo's (totaal)	1 000	1 000	1 000		
Bijdrage CVZ inningskosten buitenlandverzekerden	1 000	1 000	1 000		
Nader te bepalen (totaal)	14 579	10 169	9 622	9 186	9 536
Totaal	4 705 393	5 506 587	5 686 450	6 011 914	6 295 864

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

42.4 Overzicht beleidsonderzoeken

	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	Start	Afgerond
Beleidsdoorlichting	Evaluatie reclamerichtlijn genees- middelen	42.3.4	2006	2007
	Evaluatie Wet inzake de bloed- voorziening	42.3.2	2007	2007
Effectenonderzoek ex post	Prestaties subsidie-ontvangende organisaties	42.3.2	2005	
	Monitoring gebruik portalwebsite		2004	
	Jaarlijkse toets op naleving RJZ		2005	
	No-claimteruggaveregeling		2006	
	Risicovereveningssysteem	42.3. 4	2007	
	Monitor zorgverzekeringsmarkt		jaarlijks	
	Doelmatig geneesmiddelengebruik	42.3.4	2006	2008
	Monitor fysiotherapie	42.3.3	2006	2007
	Huisartsen; monitor Vogelaar- akkoord	42.3.3		2007
Overig evaluatieonderzoek	– Zorgverzekeringswet (Zvw) 2006	42.3.4	2006	2011
	– Wet op de Zorgtoeslag	42.3.4	2006	2011
	– Coördinatiegroep Orgaandonatie	42.3.3	2007	2007
	– Prestatie-indicatoren fysiotherapie	42.3.3	reeds gestart	2007

Artikel 43 Langdurende zorg

43.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een goede en betaalbare zorg voor mensen met een langdurende of chronische beperking van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard.

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2007

- Stroomlijnen en verhelderen van de indicatiestelling (43.3.1)
- Implementatie van zorgzwaartebekostiging (43.3.3)
- AWBZ-brede ontwikkeling van normen voor verantwoorde zorg (43.3.3)
- Impuls voor de doelmatigheid van de verpleeghuiszorg (43.3.3)
- Uitwerken van bouwstenen *Toekomst AWBZ* (43.3.4)
- Start kennisinstituut LZ (43.3.4)

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn ervoor verantwoordelijk de randvoorwaarden te creëren om mensen met een langdurige of chronische beperking gebruik te kunnen laten maken van betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede langdurende zorg. Die randvoorwaarden zijn:

- het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voert een onafhankelijke indicatiestelling uit die voor cliënten helder en begrijpelijk is;
- de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is belast met markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering op het terrein van de gezondheidszorg. Daarnaast belast met toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ;
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) handhaaft normen voor verantwoorde zorg;
- het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de NZa handhaven een doelmatige inrichting van het systeem van prikkels en verantwoordelijkheden.

Prestatie-indicatoren			
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007
1. % instellingen dat volgens de klantoordelen een voldoende scoort.			
a. V&V-instellingen <i>Bron: Stichting Cliënt & Kwaliteit, «Alles naar wens 2004»</i>	75%	2005	–
b. Thuiszorginstellingen <i>Bron: Benchmarkonderzoek thuiszorg 2004</i>	100%	2005	–
AWBZ-uitgaven <i>Bron: VWS</i>	€ 22,1 miljard € 22,8 miljard	2005 2006	€ 22,5 miljard

Toelichting

Onderzoek naar ervaringen van cliënten wordt in de komende jaren door een organisatie voor metingen van klantervaringen in de zorg gedaan. Dit instituut gaat in 2007 de eerste metingen doen met een standaardmethode, de zogenoemde CQ-index. Doel van het onderzoek is de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van cliënten in kaart te brengen. De informatie in bovenstaande tabel is gebaseerd op de nu beschikbare informatie. De klantervaringen wijzen volgens de Stichting Cliënt & Kwaliteit op een onvoldoende bij 25 procent van de verzorgingshuizen. Dat is een gemiddelde score van minder dan 2,5 op een schaal van nul tot vier. Ook 25 procent van de verpleeghuizen scoort een onvoldoende. Uit het *benchmarkonderzoek Thuiszorg 2004* blijkt dat alle ondervraagde cliënten de thuiszorg een voldoende geven.

43.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	5 528 017	5 164 451	4 825 370	4 892 256	4 966 397	5 043 622	5 123 558
Uitgaven	5 564 657	5 186 617	4 826 470	4 892 968	4 966 923	5 044 823	5 124 023
Programma-uitgaven	5 561 190	5 181 710	4 821 789	4 888 239	4 962 194	5 040 094	5 119 294
Tijdige en goede indicatie	177 985	175 475	135 524	135 440	135 700	135 700	135 700
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			97	97	97	97	97
Toegang vergelijkbare informatie zorg-aanbod	47 397	62 051	51 038	45 612	45 077	45 077	45 077
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			86	79	76	76	76
Keuze kwalitatief voldoende zorgaanbod	14 333	32 385	20 978	17 755	15 405	15 405	15 405
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			88	64	62	67	67
Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod	3 127	76 989	4 948	5 231	5 311	5 311	5 311
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			97	94	92	92	92
LZ is collectief en voor client betaalbaar	5 318 348	4 834 810	4 609 301	4 684 201	4 760 701	4 838 601	4 917 801
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			100	100	100	100	100
Apparaatsuitgaven	3 467	4 907	4 681	4 729	4 729	4 729	4 729
Ontvangsten	4 399	578	144	0	0	0	0

Alle instellingssubsidies, de exploitatiesubsidie aan het fonds PGO, de Rijksbijdrage AWBZ en de Tegemoetkoming buitengewone uitgaven zijn als meerjarig verplicht opgenomen.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Geestelijke gezondheidszorg	3 664,9	3 587,6	3 614,4	3 631,3	3 645,1	3 645,1
TBS-en	149,0					
Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	83,9	86,7	86,8	86,8	86,8	86,8
Gehandicaptenzorg	4 811,2	4 858,8	4 899,6	4 938,7	4 924,0	4 924,0
Verpleging & Verzorging	11 649,4	10 619,0	10 725,4	10 728,7	10 678,9	10 647,9
Persoonsgebonden budgetten	1 005,5	893,2	893,2	893,2	893,2	893,2
Subsidies langdurende zorg	197,8	87,9	87,4	87,4	87,4	87,4
Beheerskosten/diversen AWBZ	228,0	219,4	218,8	219,1	220,8	220,9
Groeiruimte langdurende zorg	505,7	1 210,5	1 266,3	1 267,6	1 271,0	1 271,1
Totaal	22 295,3	21 563,1	21 791,9	21 852,8	21 807,2	21 776,4
Procentuele mutatie		- 3,3	1,1	0,3	- 0,2	- 0,1

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van langdurende zorg. In deze beschikbare middelen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1 suppletore wet 2006 en de miljoenennota 2007 verwerkt. Voor 2006 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2007 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

De premie-uitgaven AWBZ voor verpleging en verzorging dalen verder door introductie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Het budget voor de huishoudelijke verzorging gaat per 2007 naar de gemeenten. De daling van de premie-uitgaven voor het Persoonsgebonden budget (PGB) is eveneens een gevolg van de overgang van de huishoudelijke verzorging naar de gemeenten.

43.3 Operationele doelstellingen

Er zijn vijf operationele doelstellingen voor langdurende zorg:

1. de cliënt met een zorgbehoefte wordt tijdig en goed geïndiceerd;
2. de cliënt heeft toegang tot vergelijkbare informatie over het zorgaanbod;
3. de cliënt kan uit een kwalitatief voldoende zorgaanbod kiezen;
4. de cliënt kan uit voldoende en gevarieerd zorgaanbod kiezen;
5. langdurende zorg is collectief en voor de cliënt betaalbaar.

43.3.1 De cliënt met een zorgbehoefte wordt tijdig en goed geïndiceerd

Motivering

Motivering

De indicatiestelling zorgt ervoor dat burgers met een langdurige zorgbehoefte hun recht op zorg kunnen effectueren. De regels van de toetsing zijn uniform, zodat gelijke gevallen leiden tot gelijke uitkomsten. Tegelijkertijd zijn de regels ook flexibel genoeg om verschillen in zorgbehoefte van maatwerk te kunnen voorzien.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde Lange termijn
Indicatieaanvragen dat is afgedaan binnen de wettelijke termijn (doorlooptijd 0–6 weken) <i>Bron: Jaarverslag 2005 (CIZ), april 2006*</i>	86%	2005	> 90%	> 95% (2010)

Toelichting

*. Gegevens van eerdere jaren zijn niet voorhanden. Het CIZ bestaat sinds 1 januari 2005.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

- (B) Subsidie verlenen aan het CIZ
De subsidie is bedoeld om ervoor te zorgen dat cliënten met een zorgbehoefte tijdig en goed worden geïndiceerd. Na goedkeuring van het werkplan om cliënten te indiceren, stellen wij de benodigde subsidie beschikbaar (Modernisering AWBZ; Brief Stand van zaken werkzaamheden CIZ en toekenning ZBO-status CIZ, TK 2005–2006 26 631, nr. 179).
- (B) Ontwikkelen van standaarden bij de indicatiestelling van de AWBZ-zorg
Voor de invulling van de begrippen doelmatigheid en redelijkheid ontwikkelt en heeft het CIZ protocollen ontwikkeld (www.ciz.nl).
- (B) Opstellen van beleidsregels op basis van de CIZ-protocollen over de werkwijze van indicatieorganen, zoals bedoeld in artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit (Modernisering AWBZ; brief over Beleidsregels CIZ, TK 2005–2006, 26 631, nr. 178)
- (B) Bijdragen aan de indicatiestelling voor de regeling Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG)
Deze bijdrage is bedoeld om ouders met een thuiswonend gehandicapt kind extra financiële steun te geven. Het budget voor de uitvoeringskosten en de uitkeringsgelden wordt verantwoord op de begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Kengetallen	
	2005
Percentage aanvragen waartegen bezwaar of beroep is aangetekend	0,48%
Aantal ingediende indicatieaanvragen	949 702
Werkvoorraad aanvragen (ultimo december 2005)	44 511
<i>Bron: Jaarverslag 2005 (CIZ), april 2006. Gegevens van eerdere jaren zijn niet voorhanden. Het CIZ bestaat sinds 1 januari 2005.</i>	

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	130 547	130 547	130 547	130 547	130 547
Centrum Indicatiestelling Zorg	128 200	128 200	128 200	128 200	128 200
Projectsubsidies (totaal)	94	19			
Opdrachten (totaal)	4 883	4 874	5 153	5 153	5 153
Totaal	135 524	135 440	135 700	135 700	135 700

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

43.3.2 De cliënt heeft toegang tot vergelijkbare informatie over het zorgaanbod

Motivering

Motivering

Door informatie over zorgaanbieders toegankelijk en vergelijkbaar te maken, kan de cliënt bewust kiezen tussen de zorgaanbieders. Hierdoor worden aanbieders gestimuleerd te concurreren op kwaliteit en prijs.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde Lange termijn
1. Percentage van beschikbare overzichts-informatie over de zorginstellingen. <i>Bron: RIVM www.kiesbeter.nl</i>	80% V&V	2007	> 80% van alle AWBZ-instellingen	> 99% van alle AWBZ-instellingen (2010)
2. Percentage van beschikbare informatie over kwaliteit vanuit perspectief van cliënten <i>Bron: CQ-index</i>	–	–	> 50% V&V	> 99% van alle AWBZ-instellingen (2010)

Toelichting

- De website www.kiesbeter.nl geeft informatie over de instellingen volgens een uniform kader op het gebied van geboden zorg, huisvesting en dienstverlening. Medio 2006 bevat de site informatie over meer dan vijftienhonderd verpleeg- en verzorgingshuizen en de kwaliteitskaarten van tweehonderd verpleeg- en verzorgingshuizen. De informatie wordt in 2007 aanzienlijk uitgebreid.
- Op basis van de CQ-index komen vanaf 2007 kwaliteitsgegevens op www.kiesbeter.nl beschikbaar.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Toegankelijke informatievoorziening

- (B) Onderhouden en onder de aandacht brengen van www.kiesbeter.nl
Doel is burgers meer inzicht te geven in de keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders en ziektekosten, verzekeraars (of verzekeringen). Dat

willen we bereiken door overzichts-informatie en vergelijkende informatie te geven over geboden zorg, huisvesting en dienstverlening. Daarnaast willen we burgers informeren over hun rechten en plichten.

- (B) Aansturen van en toezicht houden op het Fonds Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden (PGO)
We willen patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties meer functie- en prestatiegericht financieren. Hiertoe hebben we een nieuwe subsidieregeling gepubliceerd. In 2007 besluiten we over de status en positie van het fonds. Zie Fonds PGO: TK 2005–2006, 29 214, nr. 14.
- (B) Uitbrengen van een «zorgbalans»
Vanaf 2006 wordt elke twee jaar een «zorgbalans» opgeleverd. Het doel hiervan is de ontwikkeling te volgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel. Zorgbalans: herziening zorgstelsel: TK 2005–2006, 28 852 en 29 689, nr. 8.

2. Vergelijkbaarheid zorgaanbieders

- (B) Oprichten van de organisatie voor metingen van klantenervaringen in de zorg
Doel is zorgaanbieders te kunnen vergelijken en de administratieve lasten te verminderen. Dit instituut gaat via een standaardmethode, de CQ-index, klantervaringen meten en naar landelijk niveau aggregeren. Op deze manier kunnen we oordelen van klanten over de kwaliteit vergelijken. De resultaten worden via kwaliteitskaarten op www.kiesbeter.nl beschikbaar gesteld. Zie ook Kies beter: patiënten- en consumentenbeleid; TK 2003–2004, 29 515, nr. 60.
- (B) Via een rapportage geeft de IGZ inzicht in de stand van zaken bij de uitoefening van cliëntenrechten in de sectoren ouderenzorg en gehandicaptenzorg (*De staat van de volksgezondheid en de gezondheidszorg 2006*, IGZ)

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	32 383	31 983	31 983	31 968	31 954
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg	3 661	3 661	3 661	3 646	3 632
Verstrekken van subsidies via Fonds PGO	28 622	28 222	28 222	28 222	28 222
Projectsubsidies (totaal)	5 062	1 277	1 285	1 285	1 285
Verstrekken van subsidie via Fonds PGO	3 500				
Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in Zorgsector	750				
Opdrachten (totaal)	10 252	9 011	8 468	8 483	8 497
Zorgbalans	900	900			
www.kiesbeter.nl	3 000				
Bijdragen aan baten-lastendiensten (totaal)	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Bijdragen aan zbo's (totaal)	1 841	1 841	1 841	1 841	1 841
Fonds PGO (exploitatie-subsidie)	1 841	1 841	1 841	1 841	1 841
Totaal	51 038	45 612	45 077	45 077	45 077

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

43.3.3 De cliënt kan uit een kwalitatief voldoende zorgaanbod kiezen

Motivering

Motivering

Door cliënten keuzevrijheid te geven en het aanbod vergelijkbaar te maken, stimuleren we zorgaanbieders om zich te profileren en om te concurreren op prijs, kwaliteit en toegankelijkheid.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde Lange termijn
1. Percentage instellingen dat op basis van het inspectieformulier een 2 ^e - fase bezoek krijgt. <i>Bron : IGZ</i>	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.

Toelichting

De IGZ werkt met gefaseerd en gelaagd toezicht. Met de gegevens op het inspectieformulier kunnen we de risico's in de instelling inschatten op basis van een analyse die door de instelling gemaakt is. Het volbrengen van een «tweedefasebezoek» zegt niet dat er per definitie sprake is van slechte kwaliteit van zorg in de instelling; met het bezoek wil de IGZ dat juist toetsen. We voorzien deze indicator over 2006 en verder van een resultaat¹. Overigens blijkt uit het rapport *Kwaliteitsverbetering door actief gebruik indicatoren* (IGZ, april 2006), dat bij bijna alle geregistreerde IGZ-uitkomstindicatoren sprake is van verbetering (waaronder verbetering van het percentage decubitus). In 2005 is beter gescoord dan in 2004.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. De kwaliteit van de langdurende zorg is getoetst aan normen voor verantwoorde zorg

- (B) Invoeren van indicatoren voor verantwoorde zorg in de langdurende zorg in de toetsingsinstrumenten van de IGZ en de tevredenheidsmeting onder cliënten
- (B) Opstellen van indicatoren voor verantwoorde zorg
Deze indicatoren geven een beeld van de kwaliteit van zorg in alle AWBZ-sectoren (IGZ).
- (B) Uitvoeren van het programma *Zorg voor Beter*
Doel van dit programma is de kwaliteit van langdurende zorg te verbeteren. Dit programma omvat het *Landelijke Dementie Programma*, met activiteiten die gericht zijn op innovatie van de zorg en verbetertrajecten voor het implementeren van verantwoorde zorg bij instellingen. De verbetertrajecten gaan onder meer over het bestrijden van decubitus, zorgen voor veilige medicijnen, verantwoord eten en drinken en zeggenschap van cliënten. In 2007 zijn de resultaten van de eerste verbetertrajecten die gericht zijn op decubitusbestrijding zichtbaar. Ook staat 2007 in het teken van de (verdere) ontwikkeling van instrumenten ter ondersteuning van de implementatie. Bovendien worden de normen voor verantwoorde zorg daadwerkelijk geïmplementeerd (het *Deltaplan verpleging en verzorging*) en wordt het programma *Zorg voor Beter* verbreid naar de langdurende geestelijke gezondheidszorg en extra activiteiten in de gehandicaptenzorg. Zie www.zorgvoorbeter.nl en Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, TK 2005–2006, 28 439, nr. 13.
- (B) Vullen van www.kiesbeter.nl
Op de website komt onder andere kwaliteitsinformatie van de IGZ en informatie over de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van zorgconsumenten.
- (B) Verder implementeren van een zorgbrede governancecode

¹ Voor 2005 en 2006 hebben alle instellingen in de verpleeghuissector een tweedefasebezoek gehad. Voor de andere sectoren geldt dat deze methode van werken juist nu door de inspectie geïntroduceerd wordt.

Doel is de professionalisering van bestuurders en toezichthouders in de zorg te bevorderen en de raad van toezicht een handhavende rol te geven bij het leveren van de gewenste zorgprestaties. Zie ook Governance, «Verdiend vertrouwen», TK 2005–2006, 29 689, nr. 68.

2. Bekostigingsinstrumenten

- (B) Invoeren van een nieuw systeem van intramurale bekostiging
Doel is een instelling financieel in staat te stellen een zorgaanbod te leveren dat goed aansluit bij de zorgzwaarte (hoeveelheid zorg die nodig is voor een cliënt) en de daarbij behorende vraag naar zorg. Waar dat redelijkerwijs mogelijk is, kunnen mensen het geïndiceerde zorgzwaartepakket ook thuis ontvangen. In 2007 wordt dit systeem ingevoerd. Dat betekent dat in 2007 de indicatiestelling is afgestemd op zorgzwaartepakketten, en dat zorgkantoren en zorgaanbieders afspraken maken over de omvang en de kwaliteit van de te leveren zorg in termen van zorgzwaartepakketten. In dit overgangsjaar zijn de financiële effecten van de invoering voor zorgaanbieders nihil. Zie Modernisering AWBZ; Brief over zorgzwaartebekostiging in de AWBZ, TK 2005–2006, 26 631 nr. 176.
- (P) Impuls geven aan de doelmatigheid van de verpleeghuiszorg
Om een verdere impuls te geven aan de doelmatigheid van de zorg in de verpleeghuizen, krijgt de sector gedurende vijf jaar een financiële impuls. Daarmee kunnen tijdens de doelmatigheidsslag extra handen aan het bed gerealiseerd worden.
- (B) De Centra voor consultatie en expertise zijn een flexibele organisatie die verschillende medische specialismen en andere disciplines (bv ortopedagogie) voor de meest complexe cliënten inzet. De Centra ondersteunen in situaties van handelingsverlegenheid en vastgelopen behandelingsituaties.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	14 458	14 459	14 459	14 459	14 459
<i>Onder andere</i>					
Centra voor consultatie en expertise	13 100	13 100	13 100	13 100	13 100
St. Wetenschappelijk Onderzoek Revalidatievraagstukken	890	890	890	890	890
Projectsubsidies (totaal)	6 505	3 296	946	946	946
Zorgzwaartebekostiging	2 500	750			
Zorg voor Beter	2 500	1 280	40		
Opdrachten (totaal)	15	0	0	0	0
Totaal	20 978	17 755	15 405	15 405	15 405

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

43.3.4 De cliënt kan uit voldoende en een gevarieerd zorgaanbod kiezen

Motivering

Motivering

Cliënten hebben de keuze uit verschillende zorgaanbieders. Ook kunnen ze kiezen tussen zorg in natura en het persoonsgebonden budget (pgb), waarmee ze zelf zorg kunnen inkopen. Hierdoor worden zorgaanbieders gestimuleerd zich te profileren en te concurreren op kwaliteit en prijs.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Aantal urgent wachtenden <i>Bron: CVZ</i>	Circa 4 000	2005	< 2 000	Minimaal (2010)

Toelichting

De CVZ-rapportage *Wachttijsten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg: ontwikkelingen in 2005 en achtergronden* verstaat onder een «urgent wachtende»: een persoon die in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) als wachtend staat geregistreerd, die zich bij het zorgkantoor heeft gemeld voor actieve zorgbemiddeling en voor wie op dit moment geen passende zorg beschikbaar is. Volgens deze rapportage schatten zorgkantoren het aantal urgent wachtenden op 1 januari 2006 op circa vierduizend personen (totaal voor verpleging en verzorging en de gehandicapten-sector). Komend jaar vragen we zorgkantoren eenzelfde inschatting te maken. Daarnaast komen medio 2007 wachttijdgegevens voor 2006 via de AZR beschikbaar. In de *Begroting 2008* nemen we op basis van deze wachttijdgegevens een prestatie-indicator op.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Voldoende en gevarieerd aanbod van zorg

- (B) Subsidie verstrekken aan het Landelijk Steunpunt Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ)
De activiteiten van het steunpunt dragen ertoe bij dat de betrokken vrijwilligers hun werkzaamheden op een verantwoorde en deskundige wijze kunnen verrichten.
- (B) Eén Kenniscentrum Langdurende Zorg inrichten
Doel is de kennisinfrastructuur voor de langdurende zorg in te richten. Het kenniscentrum wordt onderdeel van het Kennisinstituut Langdurende Zorg (voorheen NIZW Zorg, KBOH, iRv en KITTZ), dat kennis rond vraagstukken over langdurende zorg verzamelt, verrijkt, valideert en verspreidt.
- (B) Monitor Extramurale AWBZ-zorg
In juni 2006 is een Monitor Extramurale AWBZ-zorg uitgebracht (zie www.ctg-zaio.nl). De NZaio blijft over de werking van de AWBZ-markt rapporteren.
- (B) AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) verder ontwikkelen
Doel is vraag en aanbod te monitoren. De AZR is een uniforme systematiek waarmee indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders elektronisch informatie kunnen uitwisselen. In 2007 zullen wij de AZR verder ontwikkelen en geschikt maken om financiële processen te ondersteunen, zoals de zorgzwaartebekostiging, de verantwoording van de productie (geleverde zorg) en de heffing van de eigen bijdrage (zie ook Modernisering AWBZ, TK 2005–2006, 26 631, nr. 181).
- (P) Financieren van zorginfrastructuur
Doel is zelfstandig wonen te bevorderen, ook voor mensen die veel zorg nodig hebben. In 2006 is de beleidsregel zorginfrastructuur ingegaan. Deze regeling vergoedt kosten van zorgsteunpunten en technologische voorzieningen voor het leveren van 24 uurszorg (Domotica). De NZaio registreert het gebruik dat van de regeling wordt gemaakt. Na twee jaar evalueren we de werking van de beleidsregel.
- (P) Uitbreiden aanbod Jeugd ggz
Om de wachttijsten in de Jeugd ggz weg te werken stellen wij de komende jaren extra geld ter beschikking. Met GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is afgesproken dat met ingang van 2008 alle kinderen binnen de door de sector gestelde Treknormen de zorg krijgen die noodzakelijk is. Het kabinet stelt voor 2006 € 31 miljoen ter beschikking en voor 2007 € 48 miljoen. Voor 2008 en verdere jaren is € 34 miljoen beschikbaar. De zorgaanbieders in de

Jeugd ggz hebben in het plan van aanpak van GGZ Nederland en ZN creatieve voorstellen gedaan om deze middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Binnen de Jeugd ggz zijn de laatste jaren veel nieuwe, evidence based methodieken beschikbaar gekomen die het mogelijk maken om psychische stoornissen bij jeugdigen sneller en effectiever te behandelen. Doelstelling van het plan van aanpak is om deze technieken breed toe te passen bij zo veel mogelijk instellingen, in nauwe samenwerking met andere partners in de zorgketen.

- (B) Overhevelen middelen forensische psychiatrie en TBS naar begroting ministerie van Justitie
De minister van Justitie krijgt een budget op zijn begroting om hem beter in staat te stellen strafrechtelijke vonnissen uit te voeren waarbij psychiatrische zorg is opgelegd. Vanaf 1 januari 2007 financieren we zorg in strafrechtelijk kader niet meer via de AWBZ of ZVW (€ 213,8 miljoen).
- (B) Verhogen arbeidsproductiviteit
Om er voor te zorgen dat er nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is voor de zorgsector is verhoging van de arbeidsproductiviteit noodzakelijk. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de instellingen. Het beleid is er op gericht de noodzaak tot het verhogen van de arbeidsproductiviteit blijvend onder de aandacht te brengen en voor deze verhoging randvoorwaarden te creëren. Door middel van het verspreiden van goede voorbeelden via «Zorg voor Beter» worden instellingen gemotiveerd om andere werkwijzen en slimme oplossingen te ontwikkelen en in te voeren. Door onderzoek te doen naar ICT toepassingen in de zorg en naar verschillende vormen van technologische innovaties kan worden gezien of dergelijke toepassingen een personeelsbesparend effect hebben. Ook is het van belang dat innovatief en ondernemend gedrag wordt gestimuleerd door ervoor te zorgen dat innoveren in de zorg lonender wordt voor instellingen. Tevens wordt er gekeken naar verschillende zorg- en organisatieconcepten bij zorginstellingen en het effect hiervan op de personele inzet.
- (B) Monitoring arbeidsmarkt zorg
Vanuit de verantwoordelijkheid van VWS voor kwaliteit en toegankelijkheid moet VWS alert blijven op zowel korte als lange termijnontwikkelingen op de arbeidsmarkt. VWS heeft hiervoor behoefte aan regelmatig geactualiseerde cijfers over de arbeidsmarkt in zorg en welzijn. Hieraan wordt tegemoet gekomen door het meerjarige Onderzoeksprogramma *Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*.
- (P) Activiteiten (bouwstenen) ontplooiën/uitwerken in vervolg op het kabinetsstandpunt op het rapport *Toekomst AWBZ* van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) en een advies van de Raad voor de Volksgezondheid
 - We willen hiermee mogelijke keuzes over de zorg van de AWBZ onderbouwen. De huidige (risicooloze) organisatie van de AWBZ is volgens deze adviezen vanuit het oogpunt van doelmatigheid niet de beste. Daarom werken wij «bouwstenen» uit over wat de consequenties zijn als de taken van zorgkantoren na 2009 bij individuele zorgverzekeraars worden ondergebracht.
 - We willen meer inzicht krijgen in wat de mogelijke voordelen voor de burger zijn als AWBZ-aanspraken worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet maatschappelijk ondersteuning (WMO). Dit doen we onder andere door onderzoek naar de samenhang tussen *cure*, *care* en ondersteuning, naar de mogelijkheden voor de ontwikkeling van een risicovereeningssysteem en naar de gevolgen voor de koopkracht.

- We willen vanuit het perspectief van de burger nagaan of één voordeur voor een brede, innovatieve en krachtige eerste lijn en één taal voor kwaliteit in de keten van zorg en ondersteuning kunnen bijdragen aan een doelmatiger inzet van middelen.
- We willen inzicht krijgen in de mogelijkheden van een systeem dat cliëntgebonden financiering volledig tot uitgangspunt heeft. Ook willen we weten wat de mogelijkheden zijn voor het breed doorvoeren van «scheiden van wonen en zorg», zodat wonen voor mensen die zorg nodig hebben als regel niet langer vergoed wordt uit de AWBZ. Zie ook Toekomst AWBZ, Kabinetsvisie Langdurende zorg, TK 2005–2006, 30 597, nr. 1 en Voortgang scheiden wonen en zorg, TK 2005–2006, 27 659, nr. 78.

2. Een sterke rechtspositie van de cliënt

- (P) Het bieden van een persoonsgebonden budget (pgb)
Met een pgb kunnen cliënten zelf AWBZ-zorg inkopen en hun eigen leven beter inrichten. Zij organiseren hun eigen zorg of de zorg voor hun kind. Zij bepalen wie hen komt helpen en wanneer. Zij betalen immers zelf de hulpverlener van het pgb dat het zorgkantoor heeft verstrekt. De hulpverlener kan een familielid, een buur of een particuliere instelling zijn, maar ook een AWBZ-zorginstelling. Alleen voor de AWBZ-functies behandeling en langdurig verblijf is geen pgb mogelijk.
- (B) Voorstudie uitvoeren naar de integratie van bestaande consumentenwetgeving
Zorgconsumenten ervaren belemmeringen bij het maken van keuzes in de daadwerkelijke zorgverlening en bij het zonodig halen van hun recht. Bestaande wettelijke regels zijn verspreid over een groot aantal wetten. Tevens zijn de rechten van zorgconsumenten vaak ingewikkeld geformuleerd. Ook zijn rechten onvoldoende bekend bij zorgconsumenten en zorgverleners.
Het gaat hierbij om de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ). Zie TK 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 154.
- (B) Verbeteren van de rechtspositie van mensen met dementie en mensen met een verstandelijke handicap
Dit gebeurt door de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) te wijzigen.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	1 786	1 786	1 786	1 786	1 786
Landelijk Steunpunt VPTZ	663	663	663	663	663
Projectsubsidies (totaal)	2 212	1 489	1 398	1 398	1 398
Opdrachten (totaal)	950	1 956	2 127	2 127	3 127
Totaal	4 948	5 231	5 311	5 311	5 311

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

Motivering

Motivering

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de doelmatige inkoop van de zorg. Dat wil zeggen dat ze onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit. Als het beslag op de collectieve lasten past binnen de daarvoor gestelde kaders en de zorg voor de cliënt betaalbaar is, spreken we van een betaalbaar stelsel.

Prestatie-indicatoren			
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007
Gemiddelde AWBZ-premie per hoofd van de bevolking <i>Bron: VWS</i>	€ 980 € 885	2005 2006	€ 831

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Een beheerste kostenontwikkeling binnen de langdurende zorg

- (P) Uitvoeren van het Convenant AWBZ 2005–2007
Doel is de groei van de AWBZ-uitgaven te beheersen. In het convenant is met de brancheorganisaties afgesproken om vanuit de eigen verantwoordelijkheid toe te werken naar een stabiel en betaalbaar verzekeringssysteem dat recht doet aan zijn bedoeling: het verzekeren van zware chronische en continue zorg. De voornaamste afspraak is dat de AWBZ-uitgaven binnen de gestelde financiële kaders kunnen blijven groeien. Zie Convenant AWBZ 2005–2007, Staatscourant 28 januari 2005, nr. 20, p. 17.
- (P) Investerings doen om de arbeidsproductiviteit in de zorg te verhogen
Dat willen we bereiken door onderzoek, agenderen, aanmoedigen en stimuleren van arbeidsbesparende investeringen.
- (B) Toezicht houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ
De NZAio houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. De NZAio meet hiertoe het presteren van zorgkantoren op de resultaatsgebieden zorg, kostenbeheersing, bedrijfsvoering en administratie, en kwaliteit van verantwoordingsinformatie. De set met prestatie-indicatoren die daarvoor wordt gebruikt, wordt verder vervolmaakt. De NZAio rapporteert uiterlijk in november 2007 over de uitvoering van de AWBZ in 2006. Over de uitvoering van de AWBZ in 2007 rapporteert de NZAio uiterlijk november 2008.
- (P) Verwerken van kapitaallasten
Verwerken van normatieve en benchmarkelementen in de bekostigingsbeleidsregels en integratie van normatieve kapitaalslastencomponenten in de tarieven van de zorgzwaartepakketten (NZAio)
Aparte vergoeding van kapitaallasten leidt tot onzuivere afwegingen en beperkt de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Door integrale prestatiebekostiging in te voeren, inclusief kapitaallasten, stellen we zorgaanbieders in staat meer integrale afwegingen te maken en meer verantwoordelijkheden te nemen. In 2006 hebben we een belangrijke stap gezet op weg naar integrale prestatiebekostiging met de invoering van de AWBZ-brede beleidsregel voor kleinschalig wonen. In 2007 passen we conform deze regel ook de beleidsregel

voor normatieve kapitaallastenvergoedingen in de extramurale zorg aan. Daarnaast staat 2007 in het teken van de voorbereiding van het invoeren van normatieve huisvestingscomponenten in de grootschalige intramurale zorg. Zie ook Transparante en integrale tarieven, TK 2005–2006, 27 659, nr. 52.

- (B) Initiatieven ontplooiën op het terrein van verantwoording en ICT Een voorbeeld hiervan is het jaardocument maatschappelijke verantwoording, waarin uniforme informatie te vinden is over betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid per zorginstelling. Om maatschappelijke verantwoording te uniformeren en administratieve lasten bij zorginstellingen te verminderen, zijn vanaf 2007 *alle* zorginstellingen (*cure* en *care*) verplicht via het jaardocument verantwoording af te leggen. Met de implementatie van het jaardocument willen we de lasten per 31 december 2007 met 25 procent verminderen. Zie ook Governance, «Verdiend vertrouwen», TK 2005–2006, 29 689, nr. 68 en Kabinetsplan aanpak administratieve lasten, TK 2005–2006, 29 515, nr. 147.
- (B) Overheveling van de Rijksbijdrage AWBZ en een bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK)
Doel is om de premiederving als gevolg van de grondslagverkleining bij de invoering van het nieuwe belastingstelsel te compenseren.

2. Betaalbaarheid voor de cliënt

- (B) Het verstrekken van een Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven (TBU) door de Belastingdienst.
De TBU is een tegemoetkoming aan 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. Zie ook www.aangifteloont.nl.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Projectsubsidies (totaal)	801	801	801	801	801
Rijksbijdragen	4 513 300	4 588 200	4 664 400	4 742 300	4 821 500
<i>Dekking uitgaven AWBZ</i>	4 513 300	4 588 200	4 664 400	4 742 300	4 821 500
Tegemoetkoming buitengewone uitgaven	95 200	95 200	95 500	95 500	95 500
Totaal	4 609 301	4 684 201	4 760 701	4 838 601	4 917 801

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

43.4 Overzicht beleidsonderzoeken

	Onderzoeksonderwerp	Nummer AD of OD	Start Afgerond
Beleidsdoorlichting	De cliënt met een zorgbehoefte wordt tijdig en goed geïndiceerd.	43.3.1	Start: 1 juli 2007 Eind: 1 jan. 2008
	Langdurende zorg is collectief betaalbaar	43.3.5	Start: 1 jan. 2008 Eind: 1 juli 2008
	De cliënt heeft toegang tot vergelijkbare informatie over het zorgaanbod	43.3.2	Start: 1 juli 2008 Eind 1 jan. 2009
	De cliënt kan uit een voldoende toegankelijk zorgaanbod kiezen	43.3.4	Start: 1 juli 2008 Eind: 1 jan. 2009
	De cliënt kan uit een kwalitatief voldoende zorgaanbod kiezen	43.3.3	Sart : 1 juli 2008 Eind: 1 jan. 2009
	Prestaties subsidie-ontvangende organisaties	43.3.2	Start 1-1-2005 Eind: 31-12- 2009
	Prestaties subsidieontvangende organisaties	Alle doelstellingen	Start: 1-1-2005 Eind: 31-12-2009
Effectenonderzoek ex-post			Start: 1-7-2006 Eind: 1-6-2007
Overig evaluatieonderzoek	Evaluatie pgb	43.3.4	Start: 1-7-2006 Eind: 1-6-2007
	Bouwstenen toekomst AWBZ	43.3.5	Start: 1-7-2006 Eind: 1-6-2007

Artikel 44 Maatschappelijke ondersteuning

44.1 Algemene beleidsdoelstelling

Burgers worden gestimuleerd en zonodig ondersteund om te (kunnen) participeren in de samenleving.

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2007

- Gemeenten ondersteunen bij de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (alle doelstellingen)
- Start van het Kennisinstituut Maatschappelijke Inzet (44.3.1)
- Er wordt een regeling ontworpen voor het geven van een individuele (financiële) waardering aan mantelzorgers. Hiervoor is structureel € 65 miljoen beschikbaar. Het streven is deze regeling zo spoedig mogelijk in werking te laten treden (44.3.2)
- De voorbereiding op de uitbreiding van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) met het terrein goederen en diensten (44.3.3)
- De bundeling van bovenregionaal vervoer voor mensen met een beperking uitwerken (44.3.3)
- Het Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang G4 uitbreiden naar overige centrum-gemeenten (44.3.4)

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor:

een systeem dat een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare maatschappelijke ondersteuning biedt.

Het systeem bevordert dat burgers participeren in de samenleving, zo nodig met ondersteuning. De doelgroep van dit artikel is de hele Nederlandse bevolking: jong en oud, met of zonder beperking. Voor zelfredzaamheid en participatie is veelal geen overheidsingrijpen nodig. Mensen kunnen en moeten daar in beginsel zelf voor zorgdragen. Soms gaat dat echter niet vanzelf en is overheidsoptreden opportuun, waarbij het primair aan het lokaal bestuur is om ondersteuning te bieden.

Hiervoor hebben we een aantal instrumenten ter beschikking, waarvan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) de belangrijkste is. De Wmo, die per 1 januari aanstaande in werking treedt, geeft kaders aan waarbinnen gemeenten op eigen wijze de maatschappelijke participatie van burgers moeten versterken. Wij hebben de taak om ervoor te zorgen dat gemeenten de Wmo, met haar prestatievelden, goed (kunnen) uitvoeren. Dit is de zogenoemde «systeemverantwoordelijkheid».

Naast de Wmo hebben we nog een aantal instrumenten om te bevorderen dat burgers verantwoordelijkheid voor zichzelf en hun omgeving nemen, en dat burgers participeren in de samenleving. Een voorbeeld is de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz).

In 2007 voeren we voorts een aantal taken uit die betrekking hebben op bovenstaande participatiedoelen, maar die het gemeentelijk niveau of het niveau van de beleidsuitvoering overstijgen. Hierbij moet worden gedacht aan goed bovenregionaal vervoer voor mensen met een beperking, op het landelijk niveau versterken van de positie van vrijwilligers, en het oprichten van een instituut waar gemeenten en instellingen bruikbare kennis over maatschappelijke participatie kunnen vinden.

Het beleid is erop gericht om de komende jaren met name de kwaliteit, de doelmatigheid en de innovatie in de maatschappelijke ondersteuning te verbeteren. Voor 2007 geldt de volgende indicator voor het bereiken van de algemene doelstelling.

Prestatie indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Percentage gemeenten dat ultimo 2007 een verordening voor de Wmo vastgelegd heeft en één of meerdere plannen conform de wet heeft opgesteld.	–	–	100%	–

Per 1 januari 2007 treedt, zoals geschreven, de Wmo in werking. In deze wet staat horizontale verantwoording centraal. In dat licht is in artikel 9 onder meer geregeld dat gemeenten verplicht zijn bepaalde gegevens over de Wmo aan burgers en cliëntenorganisaties beschikbaar te stellen. Gemeenten zijn op grond van artikel 9 verplicht om deze gegevens te verstrekken aan het ministerie van VWS. Dit voor een jaarlijkse rapportage, waarin prestaties van gemeenten in onderlinge samenhang worden gezien.

Hiermee krijgen de burgers en cliëntenorganisaties «referentiemateriaal» dat ze kunnen gebruiken om hun gemeente te beoordelen.

Wij hebben uit hoofde van onze systeemverantwoordelijkheid ook informatie nodig over de vraag hoe de uitvoering van de Wmo loopt. In artikel 22 hebben we daarom geregeld dat gemeenten kosteloos de informatie moeten verstrekken die de minister nodig heeft. Verder is in artikel 24 bepaald dat binnen drie jaar na inwerkingtreding van de wet de Wmo geëvalueerd wordt. Deze evaluatie vindt vervolgens iedere vier jaar plaats.

Op dit moment zijn we bezig de genoemde artikelen van de Wmo operationeel te maken. We informeren de Tweede Kamer hierover in het najaar. In het kader van de evaluatie van de Wmo vindt er een nulmeting plaats. Deze informatie is van grote invloed op de prestatiegegevens (regulier en/of periodiek) in dit artikel. Daarom hebben we vooralsnog gekozen voor in hoofdzaak proces- en outputindicatoren.

Invoering Wmo

Bij de invoering van de Wmo worden de gemeenten ondersteund door het implementatiebureau Wmo. Het implementatiebureau (een samenwerkingsverband tussen het ministerie van VWS en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de VNG) verricht hiertoe in 2007 verschillende activiteiten, die deels nieuw zijn en deels een voortzetting zijn van de activiteiten uit 2006.

Allereerst lopen de ontwikkelpilots in 2007 door. Ook zullen «de ambassadeurs» in de regio tot eind 2007 in functie blijven. Zij zijn aanspreekpunt voor gemeenten in de regio en de schakel naar het implementatiebureau. De helpdesk en de website www.invoeringwmo.nl blijven in 2007 in de lucht.

Nieuwe activiteiten richten zich in 2007 op het schrijven van het vierjarenbeleidsplan, het betrekken van burgers en cliënten, en de indicatie van de

overgangsccliënten. Ook blijft de burgercampagne, inclusief de website www.info-wmo.nl, in 2007 doorlopen.

Verder worden de nodige activiteiten verricht in het kader van de informatievoorziening rondom de Wmo. De rol van het Rijk is richtinggevend, stimulerend en voorwaardenscheppend. In 2007 vindt een verschuiving plaats: van het «hoe» van de Wmo naar het «wat».

44.2. Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

Begrotingsbedragen x € 1 000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	389 924	362 236	476 019	480 493	481 028	481 331	480 238
Uitgaven	358 014	385 373	485 110	481 012	480 601	480 866	479 773
Programma-uitgaven	352 704	381 091	480 962	476 938	476 527	476 792	475 792
Actieve participatie in maatschappelijke verbanden	25 532	31 101	24 265	21 152	21 151	21 152	21 152
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			83	74	23	23	23
Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning	21 135	24 775	88 644	87 426	87 427	87 652	87 652
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			70	70	70	70	70
Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen	71 333	85 170	62 527	63 446	62 935	62 975	61 975
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			97	97	97	97	97
Tijdelijke ondersteuning bij (psycho)sociale problemen	234 704	240 045	305 526	304 914	305 014	305 013	305 013
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			99	99	99	99	99
Apparaatsuitgaven	5 310	4 282	4 148	4 074	4 074	4 074	3 981
Ontvangsten	5 813	190	0	0	0	0	0

Alle instellingssubsidies, de specifieke uitkeringen Maatschappelijke Opvang/Verslavingszorg en Vrouwenopvang en de Tijdelijke stimuleringsregeling advies- en steunpunten huiselijk geweld, het bovenregionaal vervoer, en de WVG-woningaanpassing zijn als meerjarig verplicht opgenomen.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MEE-instellingen	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5
Totaal	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van maatschappelijke ondersteuning. In deze beschikbare middelen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de 1^e suppletore wet 2006 en de miljoenennota 2007 verwerkt. Voor 2006 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2007 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

44.3 Operationele doelstellingen

Er zijn vier operationele doelstellingen voor Maatschappelijke ondersteuning:

1. burgers kunnen actief participeren in maatschappelijke verbanden;

- burgers kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning;
- burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van professionele ondersteuning;
- burgers met (psycho)sociale problemen kunnen gebruik maken van tijdelijke ondersteuning.

44.3.1 Burgers kunnen actief participeren in maatschappelijke verbanden

Motivering

Motivering

We willen de zelfredzaamheid van en participatie door burgers bevorderen. Mensen zijn zelfredzaam als zij zelf hun eigen ondersteuning kunnen regelen, eventueel door een beroep te doen op familie, kennissen en burens etc.. Participeren is deelnemen aan het maatschappelijk verkeer, elkaar ontmoeten en zich voor elkaar verantwoordelijk voelen. Deze zelfredzaamheid en participatie worden gestimuleerd in leefbare buurten en wijken waar bewoners *met* elkaar, en niet *langs* elkaar *heen* leven. Andersom is het ook zo dat de sociale samenhang toeneemt als meer burgers actief betrokken zijn bij hun omgeving. Om de zelfredzaamheid, de participatie en de sociale samenhang te stimuleren, zijn er op rijksniveau twee groepen instrumenten: instrumenten die te maken hebben met de rijkstaken buiten het wettelijke domein van de Wmo en instrumenten om de systeemverantwoordelijkheid voor de Wmo in te vullen.

De ondersteuning van zelfredzaamheid, participatie en sociale samenhang komt grotendeels terug in de volgende prestatievelden van de Wmo:

- prestatieveld 1: de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten bevorderen;
- prestatieveld 2: op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
- prestatieveld 3: informatie, advies en cliëntondersteuning geven. Dit prestatieveld raakt alle operationele doelstellingen van dit artikel.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Percentage gemeenten dat gebruik maakt van ondersteuning uitvoering BOS-impuls (databank, nieuwsbrief, informatiebijeenkomsten, individuele ondersteuning) <i>Bron: ondersteuningsnetwerk</i>	–	–	25%	–

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. De maatschappelijke participatie van burgers verbeteren

- Informatievoorziening welzijnssector
Het project Welzijn Informatie Lokaal en Landelijk (WILL): het realiseren van een landelijk dekkend systeem voor de informatievoorziening in de welzijnssector (€ 1,1 miljoen).

- Uitvoering van het programma *Maatschappelijke Inzet*
Het is van belang voor het veld dat er toegankelijke informatie over maatschappelijke ondersteuning beschikbaar is. Daarom ondersteunen wij de oprichting van het Kenniscentrum Maatschappelijke Inzet (€ 7,7 miljoen).
- Leefbaarheid en sociale ondersteuning
In 2007 loopt een aantal programma's in het kader van leefbaarheid en sociale samenhang. De opgedane ervaringen worden overgedragen aan andere gemeenten. VWS neemt bijvoorbeeld deel aan het interdepartementale project: «wijken voor nieuwe coalitie», een integrale aanpak van het Rijk en gemeenten van een klein aantal achterstandswijken.

2. De achterstanden van jeugdigen en overlast voor buurtbewoners verminderen

- BOS-impuls
Het ondersteunen van gemeenten bij hun aanpak van achterstanden van jeugdigen van 4 tot 19 jaar. Deze achterstanden kunnen zich voordoen op het gebied van gezondheid, welzijn, onderwijs, opvoeding, sport of bewegen. Naast het verminderen van deze achterstanden is de BOS-impuls gericht op het bestrijden van overlast, die buurtbewoners van jeugdigen ervaren. Zo wordt de leefbaarheid in de wijk verbeterd (artikel 46 Sport onder operationele doelstelling 46.3.2, € 18,5 miljoen). In 2007 zal voorts inzicht worden gegenereerd in de eerste effecten van de BOS-projecten op achterstanden bij jeugdigen en op de leefbaarheid op wijk- en buurniveau. Deze kunnen weer dienstig zijn voor het totale Wmo-beleid.

3. De sociale acceptatie van homoseksuelen in Nederland vergroten

De rol van de Minister bij het homo-emancipatiebeleid is het stellen van kaders, anderen stimuleren en aanspreken op hun taak en het volgen van ontwikkelingen. De Minister coördineert het kabinetsbeleid op dit terrein. Brief van 2 juli 2005 *Roze in alle kleuren* (TK vergaderjaar 2004–2005, kamerstukken 27 017, nr. 11).

Specifiek op de VWS-terreinen richt het beleid zich op:

- Subsidies op het gebied van lokaal homo-emancipatiebeleid (inclusief pilots op het gebied van opvang, advies en netwerkversterking) met als doel kansrijke en vernieuwende initiatieven te ondersteunen en de implementatie daarvan te bevorderen (€ 0,3 miljoen).
- Verankering van de bestaande kennis over het homo-emancipatiebeleid in het Kenniscentrum Maatschappelijke Inzet (€ 0,2 miljoen).

4. Ouderenbeleid verloopt samenhangend

Voor een effectief ouderenbeleid werken departementen, waar nodig is, samen en stemmen zij de eigen beleidsactiviteiten met elkaar af. Wij coördineren dit proces en rapporteren daarover periodiek aan de Kamer. Brief van 19 april 2005 *Ouderenbeleid in perspectief van de vergrijzing* (TK vergaderjaar 2004–2005, kamerstukken 29 389, nr. 4 t/m 5 Kabinetsreactie op Rapport *Thema Commissie Ouderen Beleid* (TCOB), kamerstukken 29 549, nr. 4 t/m 5

- Ontwikkeling monitor ouderenbeleid door het SCP
Het SCP ontwikkelt een monitor om de effecten van het ouderenbeleid te kunnen volgen (€ 0,1 miljoen).

- Verspreiden van kennis over het lokaal ouderenbeleid en het stimuleren van het gebruik daarvan
De landelijke kennisinfrastructuur wordt ingezet om kennis op het terrein van lokaal ouderenbeleid te verspreiden. Ook willen we stimuleren dat die kennis in de praktijk wordt gebracht (onder meer via het budget kennisinfrastructuur).
- Voorlichting burger over ouderenbeleid verschillende overheden
Met projecten, uitwisseling van (internationale) kennis, veldbijeenkomsten en onderzoek willen we de burgers een beter inzicht geven in het ouderenbeleid van de verschillende overheden, in het licht van de vergrijzing en actieve deelname aan de samenleving (€ 0,3 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	12 163	12 158	12 158	12 158	12 158
<i>Onder andere:</i>					
KcMI	7 700	7 700	7 700	7 700	7 700
Verwey-Jonker Instituut	1 235	1 235	1 235	1 235	1 235
Projectsubsidies (totaal)	6 002	3 994	3 993	3 994	3 994
<i>Onder andere:</i>					
Aantal projecten bij gemeenten, zoals ambassadeurs WMO	3 500				
Opdrachten (totaal)	1 100				
WILL-project	1 100				
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken (totaal)	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Naar BVK (gezond in de stad)	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Totaal	24 265	21 152	21 151	21 152	21 152

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

44.3.2 Burgers kunnen gebruikmaken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning

Motivering

Motivering

Nederland telt ruim 4,5 miljoen mensen die op verschillende manieren en in diverse sectoren vrijwillig actief zijn. Jaarlijks helpen en ondersteunen circa 2,4 miljoen mensen («mantelzorgers») op één of andere manier familieleden of bekenden bij gezondheidsproblemen. Mensen die er niet in slagen om voor zichzelf te zorgen of te participeren, moeten gebruik kunnen maken van ondersteuning door deze vrijwilligers of mantelzorgers. Om in deze vraag te kunnen voorzien moet er kwalitatief en kwantitatief voldoende aanbod zijn van vrijwillige ondersteuning en moet vraag en aanbod op elkaar zijn afgestemd. Daarnaast halen mensen veel voldoening uit het actief zijn als vrijwilliger of mantelzorger. Het is nuttig, leerzaam en leuk om je vrijwillig voor anderen in te zetten, onder meer vanwege de sociale contacten, de mogelijkheden tot zelfontplooiing en «arbeidssatisfactie».

In de Wmo is in prestatieveld 4 opgenomen dat gemeenten de taak hebben om mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen. Bovendien is in artikel 4, ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, een compensatieplicht voor gemeenten opgenomen op

dit terrein. Hiermee zijn voor het eerst wettelijke voorzieningen getroffen die het belang van deze ondersteuning onderstrepen.

Vrijwilligersbeleid: brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, d.d. 19-10-2005 (kamerstuk 2005-2006, 30 304, nr. 1).

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Aantal mantelzorgers <i>Bron: SCP</i>	2,4 miljoen		2,5 miljoen	–
Deelname aan vrijwillige inzet <i>Bron: SCP</i>	31%	(2001)	>31%	–

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Positie van de vrijwilliger(organisaties) versterken

- Belemmeringen in wet- en regelgeving wegnemen
Belemmeringen voor vrijwilligerorganisaties signaleren en waar mogelijk oplossen en administratieve lasten voor vrijwilligerorganisaties verminderen. Daarnaast voorlichting geven aan vrijwilliger(organisaties) over wet- en regelgeving.
- Lokale ondersteuningsstructuur versterken
Ambassadeurs en adviseurs inzetten om de lokale ondersteuningsstructuur van vrijwilligercentrales, steunpunten en sportservicepunten en het gemeentelijk beleid op terrein van vrijwillige inzet te versterken (€ 1 miljoen).
- Werving nieuwe (groepen) vrijwilligers
Projecten en programma's opzetten om nieuwe groepen vrijwilligers te werven.
- Deskundigheidsbevordering vrijwilligers: omslag naar vraagsturing
In 2007 start een overgangstraject van aanbod- naar vraagsturing op het terrein van deskundigheidsbevordering van vrijwilligers, waarbij de verantwoordelijkheid primair bij gemeenten ligt. In 2007 wordt € 2,5 miljoen van de € 10,2 miljoen ten behoeve van deskundigheidsbevordering beschikbaar gesteld aan gemeenten om op lokaal niveau vorm te kunnen geven aan hun verantwoordelijkheid op dit terrein. € 7,7 miljoen wordt toegekend aan de VTA-instituten. Op basis van een evaluatie wordt in 2008 de omvang van het lokale en landelijke budget voor deskundigheidsbevordering vanaf 2009 definitief vastgesteld. Vanaf 2009 is de deskundigheidsbevordering van vrijwilligers volledig vraaggestuurd.
- Onderzoeksprogramma vrijwillige inzet
Doel van dit programma is de kennis over vrijwillige inzet in beeld te krijgen om vervolgens activiteiten te ontwikkelen die vrijwillige inzet op korte termijn kwantitatief en kwalitatief versterken. Jaarlijks stellen we in overleg met het veld vast welke thema's worden onderzocht (€ 0,3 miljoen).
- Toekomstverkenning vrijwillige inzet laten uitvoeren.
Doel is zicht te krijgen in kansen en bedreigingen voor vrijwillige inzet, als basis voor de ontwikkeling van toekomstig lange termijn beleid (€ 0,2 miljoen).

2. De positie van de mantelzorger versterken

- Versterken van de kwaliteit van de mantelzorgondersteuning
In het kader van de notitie *De mantelzorger in beeld* voert Mezzo (Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerzorg) een programma uit, dat erop gericht is de kwaliteit van de mantelzorgondersteuning te borgen en te versterken (€ 1 miljoen).
- Actualisatie onderzoek SCP
Voor de beleidsontwikkeling op landelijk en lokaal niveau en voor het uitvoerende werk op het vlak van mantelzorgondersteuning is praktijkkennis van het veld noodzakelijk. In 2003 heeft het SCP het rapport *Mantelzorg, over de hulp van en aan mantelzorgers* uitgebracht. Dit rapport biedt een goed kwalitatief en kwantitatief beeld van wat zich afspeelt rond mantelzorg in Nederland. Het SCP krijgt opdracht om dit beeld te actualiseren.
- Voorzieningen treffen voor mantelzorgers
Door de heer Van der Vlies is bij het Belastingplan 2006 een amendement ingediend. Hiermee wordt een fiscale korting voor mantelzorgers die meer dan 8 uur mantelzorg per week verlenen gedurende meer dan 6 maanden, beoogd. Het amendement blijkt na een grondige nadere bestudering niet uitvoerbaar omdat vooraf moeilijk kan worden vastgesteld wat de doelgroep is en achteraf niet kan worden vastgesteld of deze mantelzorg daadwerkelijk is verricht. Als alternatief voor de oorspronkelijke fiscale regeling is daarom structureel € 65 miljoen beschikbaar gesteld op de begroting van VWS, waarmee een regeling wordt ontworpen die mantelzorgers ondersteunt. Gestreefd wordt deze regeling zo spoedig mogelijk in te voeren. In het najaar wordt een keuze gemaakt over de precieze invulling. U wordt daarover alsdan geïnformeerd.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	12 620	10 120	10 120	10 120	10 120
<i>Onder andere:</i>					
Mezzo	3 230	3 230	3 230	3 230	3 230
Deskundigheidsbevordering vrijwilligers	7 700	5 200	5 200	5 200	5 200
Rode Kruis	258	258	258	258	258
Zonnebloem	185	185	185	185	185
Projectsubsidies (totaal)	73 524	72 306	72 307	72 532	72 532
<i>Onder andere:</i>					
Mantelzorgers	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
Expertisecentrum informele zorg	125				
Kennisverwerken/verspreiden mbt mantelzorg	600	600	600	600	600
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken (totaal)	2 500	5 000	5 000	5 000	5 000
Middelen deskundigheidsbevordering vrijwilligers naar Gemeentefonds	2 500	5 000	5 000	5 000	5 000
Totaal	88 644	87 426	87 427	87 652	87 652

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

44.3.3 Burgers met beperkingen kunnen gebruikmaken van professionele ondersteuning

Motivering

Motivering

Mensen die er niet in slagen om voor zichzelf te zorgen of maatschappelijk te participeren en geen gebruik kunnen of willen maken van vrijwilligers of mantelzorgers, moeten gebruik kunnen maken van professionele ondersteuning en passende voorzieningen, vooral op lokaal niveau. In de WMO zijn daartoe twee prestatievelden opgenomen:

prestatieveld 5: het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem;

prestatieveld 6: het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem om ervoor te zorgen dat zij zelfstandig kunnen (blijven) functioneren of kunnen (blijven) deelnemen aan het maatschappelijke verkeer.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Aantal gemeenten dat overlegt met burgers en cliënten in het kader van de Wmo <i>Bron: invoeringsmonitor Wmo</i>	85%	juni 2006	100%	100%
Klanttevredenheid over Valys <i>Bron: jaarlijks tevredenheids-onderzoek</i>	8,1	2005	> 8,1	> 8,1
Aantal Valyshouders dat daadwerkelijk reist <i>Bron: Managementinformatie Valys</i>	60%	2005	70%	>70%
Extra woningen met zorg en diensten (verzorgd wonen) <i>Bron: WBO 2002</i>	–	2002	–	99 000 (2009)
Percentage 65-plussers dat extramuurraal woont <i>Bron: CBS/CTG</i>	92,5%	2005	> 92,5%	>92,5%

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. De lokale belangenbehartiging en inspraak van (kwetsbare) burgers verbeteren

- Ondersteuning lokale cliëntenparticipatie
Subsidie van € 5 miljoen per jaar verstrekken t/m 2008 om de lokale inspraak van (kwetsbare) burgers in het gemeentelijke Wmo-beleid te verbeteren. Hiervan is € 2,5 miljoen bestemd voor de ggz en € 2,5 miljoen voor de Regionale Patiënten en Consumenten Platforms (RPCP's).

2. De bruikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen verbeteren

- We stimuleren en faciliteren actief de scheiding van wonen en zorg. Ook zetten we onderzoek in naar de mogelijkheden om wonen en zorg te scheiden in bestaande woongebouwen, naar de betaalbaarheid en de financiering van het scheiden van wonen en zorg. Voortgangsbrief «scheiden van wonen en zorg» (TK 2005–2006, 27 659, nr. 78) (€ 0,4 miljoen).
- Het bovenregionaal vervoer gehandicapten faciliteren
Dit instrument is bedoeld om bovenregionaal vervoer per (deel)taxi te bieden aan mensen met een mobiliteitsbeperking. Dit is een aanvulling op het (minder toegankelijke) openbaar vervoer en het gemeentelijke WVG-vervoer (Wet voorzieningen gehandicapten) (€ 36,1 miljoen). Per 1 april 2007 gaat een nieuw contract in voor het bovenregionaal vervoer. We ronden de Europese aanbesteding voor dit contract af in het najaar van 2006.
- Bundelen van doelgroepenvervoer
Doel is te komen tot één loket, een eenvoudiger en een klant-vriendelijker indicatiestelling en een doelmatiger organisatie en uitvoering van het doelgroepenvervoer. Om dat te bereiken, bereiden we samen met de betrokken departementen en medeoverheden de bundeling van diverse regelingen voor specifiek doelgroepenvervoer voor. Dat doen we onder meer door een aantal pilots te starten en door relevante informatie te verzamelen en analyseren (€ 0,3 miljoen). *Bundeling doelgroepenvervoer* (Brief aan de Voorzitter van de TK, 2 december 2005/DVVO/ZV-U-2 633 000 (DVVO) kamerstukken 29 538, nr. 34).
- Woningaanpassingen WVG
Op grond van de WVG, die per 1 januari 2007 opgaat in de Wmo, konden gemeenten voor bepaalde woningaanpassingen een declaratie bij het Rijk indienen. Deze regeling wordt bij het in werking treden van de Wmo beëindigd. We hebben budget gereserveerd om lopende declaraties ook na de invoering van de Wmo te kunnen afhandelen (€ 23,6 miljoen). Dit bedrag zal in de komende jaren afnemen en naar verwachting in 2010 nihil bedragen.
- Samenhang preventie, curatieve zorg, langdurende zorg en maatschappelijke ondersteuning
Onderzoek van de huidige systemen is nodig om te inventariseren hoe wij de samenwerking en samenhang op de terreinen maatschappelijke ondersteuning, preventieve gezondheidszorg, eerstelijns curatieve zorg en AWBZ-zorg kunnen verbeteren.
- Onderzoek doen naar gevolgen van uitbreiding Wgbh/cz
In 2007 wordt een onderzoek naar de beleidsmatige en financiële gevolgen, waaronder administratieve lasten, van de uitbreiding van de Wgbh/cz met het terrein goederen en diensten afgerond. De Kamer wordt over de resultaten en conclusies zo spoedig mogelijk geïnformeerd. Eerder was het streven dit reeds dit najaar te kunnen zenden.
- Actieplan Wonen en Zorg uitvoeren
Dit actieplan stimuleert dat voldoende geschikte woningen worden gebouwd (in samenwerking met het ministerie van VROM). In het actieplan staat hoeveel geschikte woningen tot en met 2009 gerealiseerd moeten worden. Ook zijn activiteiten opgenomen om partijen op lokaal niveau bewust te maken van de opgave om voldoende woningen te realiseren, en deze partijen te faciliteren en te stimuleren.

3. De positie van mensen met een beperking verbeteren

- Taskforce Handicap en Samenleving
Gezamenlijk met de ministeries van SZW, OCW en VROM ondersteunen wij de Taskforce Handicap en Samenleving. Doel van deze subsidie is de maatschappelijke bewustwording over de positie van mensen met beperkingen te stimuleren. (€ 0,15 miljoen tot 1 april 2007) *Actieplan gelijke behandeling in de praktijk* (TK vergaderjaar 2003–2004, kamerstukken 29 355, nr. 1).
- (P) MEE-organisaties (AWBZ)
Deze subsidieregeling van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wordt eind 2006 geëvalueerd. In 2007 besluiten we hoe we deze middelen per 1 januari 2008 overgeheveld zullen worden naar de Wmo-middelen in het Gemeentefonds (€ 156,5 miljoen).
- Commissie Gelijke Behandeling (CGB)
De bijdrage aan het CGB is bedoeld voor de behandeling van klachten die burgers bij het CGB in het kader van de Wgbh/cz indienen. Hierdoor kan de betrokken burger op eenvoudige wijze een uitspraak verkrijgen op grond van de Wgbh/cz.
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)
Subsidie aan het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) voor het beheren en onderhouden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) en het uitbrengen van jaarlijkse rapportages over zorg en de maatschappelijke situatie met gegevens over de financiële positie in samenwerking met SZW (€ 0,1 miljoen)
- Monitor NPCG en Samen Leven opstellen
In 2006 heeft het NIVEL het panel *Samen Leven* samengesteld, dat bestaat uit mensen met een verstandelijke beperking en/of hun vertegenwoordigers. Van de gegevens uit beide panels wordt in 2007 een monitor opgesteld (€ 0,4 miljoen).
- Verspreiden van het toepassen van inclusief beleid
Op terreinen waar de Wgbh/cz nog niet op van toepassing is, willen we de toegankelijkheid van algemene voorzieningen voor mensen met een beperking bevorderen. *Interdepartementaal Inclusief Beleid* (TK vergaderjaar 2004–2005, kamerstukken 29 355, nr. 1) *Speerpunten inclusief beleid* (TK vergaderjaar 2004–2005, kamerstukken 29 355, nr. 14).

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Projectsubsidies (totaal)	62 527	63 446	62 935	62 975	61 975
<i>Onder andere:</i>					
Bovenregionaal vervoer	36 059	36 219	36 219	36 219	36 219
WVG-woningaanpassing	23 649	23 649	23 649	23 649	23 649
Totaal	62 527	63 446	62 935	62 975	61 975

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

44.3.4 Burgers met (psycho)sociale problemen kunnen gebruikmaken van tijdelijke ondersteuning

Motivering

Motivering

Met tijdelijke ondersteuning bedoelen we: tijdelijk onderdak, individuele ondersteuning, begeleiding, informatie en advies bieden aan mensen die al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten of dreigen dat te doen, en die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. De belangrijkste beleidsprioriteit in het rijksbeleid is dat de doorstroom in opvangvoorzieningen gewaarborgd wordt, zodat opvangvoorzieningen ook als voorzieningen voor *tijdelijke opvang* kunnen blijven functioneren. De uiteindelijke doelgroep bestaat uit mensen die in de maatschappelijke opvang terecht (dreigen te) komen, en uit mensen die in de vrouwenopvang terecht (dreigen te) komen. De Wmo stelt dat gemeenten op de volgende terreinen verantwoordelijk zijn:

prestatieveld 7: maatschappelijke opvang bieden, waaronder vrouwenopvang, en beleid voeren ter bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd;

prestatieveld 8: openbare geestelijke gezondheidszorg bevorderen;

prestatieveld 9: verslavingsbeleid bevorderen.

Wij geven op rijksniveau een extra impuls aan de maatschappelijke opvang. Onder meer via het *Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang Rijk-G4*, door afstemming met andere departementen, door specifieke uitkeringen te verstrekken aan gemeenten en door gemeenteoverstijgende en/of innovatieve projecten te financieren.

Prestatie-indicatoren:				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Aantal centrumgemeenten met een Plan van aanpak maatschappelijke opvang	4	2006	>4	43 (2008)
Gemiddelde verblijfsduur in residentiële thuislozenopvang	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.
Aantal advies- en steunpunten huiselijk geweld: Bron Transact	7	2003	35	

Toelichting:

De gemiddelde verblijfsduur in residentiële thuislozenopvang wordt bepaald in 2008 na implementatie resultaten pilot registratie MO.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang Rijk-G4 uitvoeren en uitbreiden naar overige centrumgemeenten

- Plan van aanpak Maatschappelijke opvang
Uitvoeren en monitoren van het Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang Rijk-G4. We willen het Plan van aanpak MO G4 uitbreiden naar overige centrumgemeenten, in samenwerking met de VNG, waarbij we zo veel mogelijk aansluiten bij de implementatieactiviteiten van de Wmo. Doelstelling is dat de 43 centrumgemeenten uiterlijk april 2008 een plan van aanpak hebben om in zeven jaar alle daklozen in hun verzorgingsgebied in een traject te hebben.

- Overheveling OGGZ-middelen naar de specifieke uitkering Maatschappelijke Opvang (MO)
Verhoging van de specifieke uitkering MO door OGGZ-middelen (openbare geestelijke gezondheidszorg, AWBZ) over te hevelen naar de specifieke uitkering MO. Doel is de regierol van gemeenten te versterken om verloedering en overlast beter aan te pakken (€ 60,6 miljoen).
In aansluiting op bovenstaande: ondersteuning (centrum)gemeenten bij implementatie OGGZ (in Wmo, in uitbreiding Plan van Aanpak MO G4) om de regiefunctie van gemeenten te versterken, de samenwerking tussen regiogemeenten en centrumgemeenten én tussen gemeenten en ggz-instellingen/zorgkantoren te verbeteren (€ 0,2 miljoen)
- Verdeelsleutel specifieke uitkering MO aanpassen
We willen de verdeelsleutel van de specifieke uitkering MO, verslavingsbeleid en OGGZ aanpassen, met het oog op een meer evenwichtige verdeling van de middelen.

2. Versterken van opvang en hulpverlening slachtoffers huiselijk geweld en eengerelateerd geweld

- Bescherming tegen eengerelateerd geweld
Activiteiten vanuit het deelproject Bescherming, van het programma Eengerelateerd Geweld (€ 0,1 miljoen).
- Implementatie van de Wet tijdelijk huisverbod
Een belangrijke doelstelling van deze nieuwe wet is de deskundigheid van de hulpverlening te bevorderen, die wordt ingezet als er een huisuitplaatsing van een pleger wordt uitgesproken. (€ 0,1 miljoen).
- Kwaliteit aanbod vrouwenopvang
Subsidie verstrekken voor uitvoering van een plan van aanpak dat erop gericht is de kwaliteit van het aanbod in de vrouwenopvang te verbeteren. Dit naar aanleiding van het onderzoek van het Trimbos-instituut uit 2006.
- Specifieke uitkering Vrouwenopvang
Verhoging van deze specifieke uitkering tot € 4 miljoen in 2007. Het doel van deze verhoging is uitbreiding van de capaciteit. Deze middelen worden toegevoegd aan de specifieke uitkering vrouwenopvang en de Brede Doeluitkering Sociaal, Integratie en Veiligheid (BDU SIV).
- Kennisprogramma Maatschappelijke Ondersteuning bij ZonMw
Het doel is kwaliteitsverbetering van de opvang door onder meer cliëntprofielen te ontwikkelen (€ 0,5 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	2 517	2 517	2 517	2 517	2 517
<i>Onder andere:</i>					
Stg.Korrelatie	634	634	634	634	634
SOS telefonische Hulpdiensten	220	220	220	220	220
Projectsubsidies (totaal)	5 649	5 037	5 137	5 136	5 136
<i>Onder andere:</i>					
Cliëntregistratie	73				
Drempels weg	300				
Huisverbod	2 600	2 600	2 600	2 600	2 600
Geef opvang de ruimte	200				
Kennisprogramma MO/VO	500	500			
Opdrachten (totaal)	100	100	100	100	100
Eergerelateerd geweld	100	100	100	100	100
Specifieke Uitkeringen (totaal)	297 260	297 260	297 260	297 260	297 260
MO/VZ en VO GSB en overige steden	294 260	294 260	294 260	294 260	294 260
Tijdelijke stim.reg.huiselijk geweld	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Totaal	305 526	304 914	305 014	305 013	305 013

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

44.4 Overzicht beleidsonderzoeken

	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	Evaluatie Wmo	Alle doelstellingen	A. 2007 B. 2010
	Evaluatie Kennisbeleid	44.3.1	A. 2007 B. 2010
	Evaluatie Wgbg/cz	44.3.3	A. 2008 B. 2008

Artikel 45 Jeugdbeleid

45.1 Algemene beleidsdoelstelling

Kinderen in Nederland groeien gezond en veilig op en ontwikkelen zich tot zelfstandige en maatschappelijk betrokken burgers.

belangrijkste beleidsonderwerpen 2007

- Nederlands Jeugdinstituut (NJI) (45.3.1)
- Centra voor Jeugd en Gezin (45.3.1)
- Voorbereiden licht ambulante zorg naar gemeenten (45.3.1 en 45.3.3)
- Prestatie-afspraken wachtlijsten jeugdzorg (45.3.4)

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor een systeem dat ertoe bijdraagt dat kinderen in Nederland gezond en veilig opgroeien en zich ontwikkelen tot zelfstandige en maatschappelijk betrokken burgers.

Hierbij zijn wij verantwoordelijk voor:

- een systeem waarin voorzieningen voor ondersteuning en zorg aanwezig zijn door beleid te maken dat gericht is op jeugdigen met een ontwikkelingsachterstand, opgroei- of opvoedingsproblemen, of problemen zoals voortijdig schoolverlaten of dreigende criminaliteit alsook beleid dat gericht is op een toegankelijk, passend en samenhangend zorgaanbod voor kinderen met ernstige opgroei- en opvoedproblemen – ook voor kinderen met psychiatrische problemen en voor licht-verstandelijk gehandicapte jeugd – en hun ouders;
- de coördinatie van het jeugdbeleid, om samenhang in het jeugdbeleid te realiseren;
- duidelijke spelregels die de activiteiten regelen en waarborgen tussen gemeenten, lokale/landelijke voorzieningen, aanbieders en provincies onderling en in hun relatie naar burgers;
- toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg (Inspectie jeugdzorg);
- jeugdgezondheidszorg (zie artikel 41.3.5 Volksgezondheid).

Wij zetten diverse beleidsinstrumenten in om ervoor te zorgen dat gemeenten, provincies, lokale en landelijke organisaties, Bureaus Jeugdzorg (BJZ) en zorgaanbieders hun werk kunnen doen en hun verantwoordelijkheden kunnen waarmaken. Een belangrijk deel van het uitvoeren van bovengenoemde punten is een verantwoordelijkheid van provincies en gemeenten. Provincies zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit, de planning en de financiering van de jeugdzorg in hun regio. Zij moeten zorgen voor voldoende zorgaanbod om invulling te geven aan het recht op jeugdzorg en voor een goed werkend bureau jeugdzorg.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde Lange termijn
Jeugdindex	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.

Toelichting

Momenteel onderzoeken we de mogelijkheid om te komen tot een Jeugdindexcijfer. Het indexcijfer zal bestaan uit een aantal deelindices: arbeid, gezondheid/welzijn, onderwijs en justitie. In het jaarverslag 2006 geven we uitsluitsel over dit indexcijfer.

45.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	1 060 643	1 197 705	1 073 388	1 023 830	1 033 057	1 033 314	1 033 314
Uitgaven	923 057	1 046 894	1 090 400	1 035 308	1 033 057	1 033 314	1 033 314
Programma-uitgaven	917 197	1 040 216	1 083 640	1 028 638	1 026 418	1 026 683	1 026 683
Tijdige ondersteuning bij opvoeden en verzorgen	37 611	45 804	45 021	37 770	37 760	37 760	37 760
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			88	65	63	62	62
Tijdige indicatie ernstig bedreigde kinderen	0	12	155 980	155 980	155 980	155 980	155 980
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			100	100	100	100	100
Kwalitatief goede jeugdzorg	9 484	9 565	8 076	7 999	8 164	8 429	8 429
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			30	21	11	11	11
Tijdig juiste hulp voor geïndiceerde kinderen	870 102	984 835	873 563	825 889	823 514	823 514	823 514
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			98	98	96	96	96
Betaalbare jeugdzorg	0	0	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			0	0	0	0	0
Apparaatsuitgaven	5 860	6 678	6 760	6 670	6 639	6 631	6 631
Inspectie Jeugdhulpverlening	3 577	3 756	3 829	3 739	3 708	3 700	3 700
Personeel en materieel kernministerie	2 283	2 922	2 931	2 931	2 931	2 931	2 931
Ontvangsten	12 259	8 947	7 530	7 530	7 530	7 530	7 530

Alle instellingssubsidies, de doeluitkering Bureaus Jeugdzorg en de doeluitkering Zorgaanbod zijn als meerjarig verplicht opgenomen.

45.3 Operationele doelstellingen

Er zijn vijf operationele doelstellingen voor het jeugdbeleid:

1. kinderen en hun ouders krijgen op tijd de ondersteuning die ze nodig hebben bij het opgroeien, opvoeden en verzorgen;
2. kinderen die ernstig worden bedreigd in hun ontwikkeling en hun ouders/verzorgers krijgen op tijd de juiste indicatiestelling;
3. geïndiceerde kinderen en hun ouders/verzorgers kunnen gebruik maken van kwalitatief goede jeugdzorg;
4. geïndiceerde kinderen en hun ouders/verzorgers krijgen op tijd de juiste hulp bij een zorgaanbieder van hun keuze;
5. betaalbare jeugdzorg waarborgen.

45.3.1 Kinderen en hun ouders krijgen op tijd de ondersteuning die ze nodig hebben bij het opgroeien, opvoeden en verzorgen

Motivering

Motivering

Ouders zijn als eerste verantwoordelijk voor de opvoeding en verzorging van hun kinderen. Als het gezin ondersteuning nodig heeft bij het opvoeden, zullen de ouders in eerste instantie een beroep doen op de sociale omgeving. De overheid komt pas in beeld, als het gezin en de sociale omgeving onvoldoende in staat blijken de problemen het hoofd te bieden of wanneer de gezondheid of veiligheid van het kind in het geding is.

We richten ons beleid op jeugdigen met een ontwikkelingsachterstand, opgroei- of opvoedingsvragen of ernstige problemen zoals voortijdig schoolverlaten of criminaliteit. We willen zo veel mogelijk preventief te

werk gaan. Gemeenten spelen daarbij een centrale rol. We willen dat de gemeentelijke rol in de komende jaren versterkt en vergroot wordt. Daarover heeft het kabinet zich uitgesproken in het kader van de kabinetsreactie (DJB/APJB-2 693 579A en DJB/APJB-2 693 579B) op het sturingsadvies van de Commissaris Jeugd- en Jongerenbeleid (Van Eijck).

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streef waarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Percentage kinderen dat vanuit voorliggende voorzieningen doorstroomt naar Jeugdzorg Bron: beleidsinformatie jeugdzorg 2005.	1,7 %	2005	1,7%	1,5% (2010)

Toelichting

In 2005 is in vergelijking met 2004 het aantal kinderen dat zich heeft gemeld bij het Bureau Jeugdzorg gestegen met 18 procent. Het percentage aanmeldingen van het totaal aantal kinderen in Nederland bedroeg in 2005 1,7 procent. De verwachting is dat ook in 2006 en 2007 de vraag naar jeugdzorg toeneemt. We streven ernaar om door een beter preventief jeugdbeleid het aantal aanmeldingen bij het Bureau Jeugdzorg minimaal te stabiliseren en geleidelijk te verminderen.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Gemeenten voeren beleid op de vijf vastgestelde functies: advies en informatie, signalering van problemen, toegang tot het hulpaanbod, licht pedagogische hulp en coördinatie van zorg

- Aandeel van Jeugdbeleid in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, zie artikel 44 Maatschappelijke Ondersteuning, onder operationele doelstelling 44.3.1)
Jeugdbeleid is prestatieveld nummer twee in de Wmo en is gericht op het preventief ondersteunen van jeugdigen die problemen hebben met opgroeien en van ouders die problemen hebben met opvoeden.
- Subsidies en opdrachten voor het ondersteuningstraject
De inzet is gemeenten te ondersteunen bij de invulling van de vijf functies en de regierol die zij daarop moeten voeren. Dat kan bijvoorbeeld door workshops en handreikingen te bieden en een meetinstrument te ontwikkelen.

2. Opgroei- en opvoedondersteuning voor jeugdigen en hun ouders

- Impuls opvoed- en gezinsondersteuning (TK 2004–2005, 28 606, nr. 24)
De impuls heeft als doel het aantal jeugdigen terug te dringen dat risico loopt op ontwikkelingsachterstanden en ernstige problemen (voortijdig schoolverlaten, criminaliteit). Hiervoor is in 2007 € 15 miljoen beschikbaar.
- Ondersteuning op het terrein van opvoeden en opgroeien
In de kabinetsreactie op het sturingsadvies van Van Eijck wordt gesproken over de ontwikkeling van Centra voor Jeugd en Gezin, onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Het doel van deze centra is de ondersteuning op het terrein van opvoeden en opgroeien voor alle ouders en kinderen te bundelen. We stimuleren de ondersteuning door extra middelen in te zetten voor gezinsgerichte programma's voor risicogezinnen. Hiervoor is in 2007 via artikel 41.3.5 Volksgezondheid € 13 miljoen beschikbaar.

- Subsidieregeling schippersinternaten
Het doel van deze subsidie is toereikend te voorzien in financiering van opvang en verzorging in internaten voor kinderen van binnenschippers en kermisexploitanten. Dat wil zeggen: voor zover deze vorm van opvang in verband met de aard van het beroep voor hun minderjarige schoolgaande kinderen nodig is. Per feitelijk geplaatst kind wordt een normbedrag verstrekt. Hiervoor is in 2007 € 20,9 miljoen beschikbaar.

3. Meer jeugdigen doen mee

- Tijdelijke stimuleringsregeling buurt, onderwijs en sport
We financieren projecten om de samenwerking tussen organisaties die actief zijn in buurt-, onderwijs- en sportwerk te verbeteren. In 2007 stellen we middelen beschikbaar via artikel 46 Sport onder operationele doelstelling 46.3.2.
- Jeugdprogramma's door en met jeugdigen
Diverse subsidies en opdrachten om (inter)nationale jeugdprogramma's uit te voeren, gericht op maatschappelijke en politieke participatie van jeugdigen. Hiervoor is in 2007 € 3,6 miljoen beschikbaar.

4. Meer samenhang in het jeugdbeleid

- Samenwerking tussen de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW, VROM, V&I en BZK bevorderen
We willen een verdere samenwerking tussen betrokken departementen bereiken (voorheen onder Operatie JONG) om samenhang in het jeugdbeleid te scheppen. In 2007 is hiervoor € 0,2 miljoen beschikbaar.

5. Een duidelijk beeld van de toestand van de jeugd

- Ontwikkelen van een Jeugdmonitor
Het doel van deze monitor is inzicht te krijgen hoe het met de jeugd gaat en wat de effecten van het gevoerde rijksbrede jeugdbeleid zijn. Hiermee willen we bepalen of het beleid moet worden aangepast. Hiervoor is in 2007 € 0,6 miljoen beschikbaar.

6. Eén kenniscentrum jeugd

- Inrichten van de kennisinfrastructuur voor jeugd
Er wordt een Nederlands Jeugdinstituut opgericht, voorheen Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW Jeugd) dat tot doel heeft kennis rond jeugd- en opvoedingsvraagstukken te verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden. Hiervoor is in 2007 € 3,8 miljoen beschikbaar.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	24 900	23 900	23 600	23 600	23 600
<i>Onder andere</i>					
Schippersinternaten	20 700	20 700	20 700	20 700	20 700
Projectsubsidies (totaal)	4 000	4 200	3 700	3 700	3 700
Opdrachten (totaal)	100				
Specifieke uitkeringen (totaal)	15 000	8 000	8 000	8 000	8 000
<i>Onder andere</i>					
Impuls- en opvoedondersteuning (gemeenten)	15 000				
Nader te bepalen (totaal)	1 021	1 670	2 460	2 460	2 460
Totaal	45 021	37 770	37 760	37 760	37 760

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

45.3.2 Kinderen die ernstig worden bedreigd in hun ontwikkeling en hun ouders/verzorgers krijgen op tijd de juiste indicatiestelling

Motivering

Motivering

Soms zijn de problemen bij het opgroeien, opvoeden en verzorgen zo ernstig dat het sociale netwerk of de lokale voorzieningen geen toereikende zorg kunnen bieden. Dan kunnen kinderen en jongeren die ernstig worden bedreigd in hun ontwikkeling en hun ouders/verzorgers een beroep doen op de jeugdzorg. Zij moeten hierbij op tijd, in hun omgeving toegang hebben tot zorg en zij moeten kunnen rekenen op een snelle en juiste indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg (BJZ).

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Doorlooptijd aanmelding – indicatiestelling BJZ (dagen)	104	4 ^e kwartaal 2004	< 104	< i.o. (2010)
Doorlooptijd onderzoek Advies- en Meldpunt Kindermishandeling AMK (dagen) Bron: beleidsinformatie jeugdzorg 2005.	112	1 ^e , 2 ^e , en 3 ^e kwartaal 2005	< 91	< 91 (2010)

Toelichting

De doorlooptijd tussen aanmelding bij Bureau Jeugdzorg en indicatiestelling wordt niet betrouwbaar geregistreerd. Niet alle provincies leveren deze gegevens aan en de verschillen tussen de provincies zijn erg groot. De gemiddelde doorlooptijd bedroeg in het vierde kwartaal van 2004 104 kalenderdagen. Deze informatie is gebaseerd op dertien van de vijftien provincies/grootstedelijke regio's. Deze doorlooptijd moet worden teruggedrongen. De inzet van de «doorbraakmethode» zal hieraan een bijdrage leveren. De Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep) ontwikkelt op dit moment in het kader van het traject Opstellen Criteria voor Bureaus Jeugdzorg normen voor doorlooptijden voor verschillende cliëntstromen. Bij de prestatie-indicator «doorlooptijd onderzoek AMK» is gebruikgemaakt van de beschikbare gegevens over de eerste drie kwartalen van 2005. Het cijfer is tot stand gekomen door de «doorlooptijd melding tot beëindiging onderzoek» te verminderen met de «doorlooptijd melding tot start onderzoek» en is gewogen voor het aantal onderzoeken per provincie.

1. Verbeteren van indicatiestelling/onderzoek (BJZ/AMK)

- Het verbeteren van indicatiestelling en onderzoek bij Bureaus Jeugdzorg en de Advies en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) door uniformering/standaardisering van processen
Het doel is de problematiek overal op dezelfde manier te behandelen.

2. Verkorten doorlooptijden

- Doorbraakproject
Met deze methode willen we systematisch nagaan of het werkproces adequaat is ingericht, waardoor de doorlooptijden bij de Bureaus Jeugdzorg en AMK's teruggebracht kunnen worden. Hiervoor is in 2007 € 0,4 miljoen beschikbaar.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Projectsubsidies (totaal)	390				
Specifieke uitkeringen (totaal)	155 500	155 500	155 500	155 500	155 500
<i>Onder andere</i>					
Doeluitkering Bureaus Jeugdzorg	155 500	155 500	155 500	155 500	155 500
Nader te bepalen (totaal)	90	480	480	480	480
Totaal	155 980	155 980	155 980	155 980	155 980

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

45.3.3 Geïndiceerde kinderen en hun ouders/verzorgers kunnen gebruikmaken van kwalitatief goede jeugdzorg

Motivering**Motivering**

Kinderen en jongeren die ernstig worden bedreigd in hun ontwikkeling, en hun ouders/verzorgers moeten kunnen rekenen op zorg die is toegesneden op de specifieke hulpvraag en die professioneel en adequaat wordt geleverd.

Prestatie-indicatoren				
Indicatoren	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Cliënttevredenheid	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.
Doelrealisatie	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.

Toelichting

De indicator «cliënttevredenheid» is in ontwikkeling. De indicator moet de mate weergeven waarin cliënten tevreden zijn over de resultaten van de hulp. We veronderstellen daarbij dat de hulpvragen van de cliënt beter zijn beantwoord naarmate de tevredenheid groter is. De huidige C-toets heeft als doel een beeld te krijgen van hoe cliënten (een onderdeel van) de organisatie ervaren. De toets is gemaakt om periodiek de meningen van ouders en jeugdigen te peilen over de kwaliteit van de hulpverlening. Van de C-toets moeten we een «exitvariant» opstellen (variant waarmee we een eindoordeel kunnen geven). We streven ernaar om deze variant begin 2009 gereed te hebben. In het *Jaarverslag 2009* kunnen we de waarde weergeven.

Met betrekking tot de indicator «doelrealisatie» geldt dat het Bureau Jeugdzorg bepaalt in hoeverre de doelen behaald zijn die in het indicatiebesluit zijn omschreven. Bureau Jeugdzorg stelt met de cliënt van tevoren vast hoe de gewenste toestand eruitziet en beoordeelt achteraf of die gewenste toestand niet, gedeeltelijk of geheel gerealiseerd is. Bij het bepalen van de doelen gaat het om die doelen die BJZ met het indicatiebesluit beoogt, dus niet om de doelen die BJZ met iedere aparte aanspraak beoogt. Een indicatiebesluit kan immers meerdere aanspraken op zorg bevatten. Dit betekent dat het BJZ pas de doelen van het indicatiebesluit kan evalueren, als de laatste aanspraak van de cliënt volledig verzilverd is. Deze informatie hebben we over 2005 echter niet volledig beschikbaar en de informatie is bovendien niet betrouwbaar. Het streven is om in de begroting van 2008 deze waarde te kunnen weergeven.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Kwaliteitsverbetering in de jeugdzorg

- Kwaliteitsprogramma:
Voor het kwaliteitsprogramma is in 2007 € 4 miljoen beschikbaar. Onderwerpen binnen het kwaliteitsprogramma zijn onder meer:
 - Certificatieschema voor de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbevordering in de Zorgsector.
Het doel is een uniform kwaliteitssysteem in de jeugdzorg.
 - Benchmarking jeugdzorgaanbieders
Het doel is de interne bedrijfsvoering van jeugdzorgaanbieders te verbeteren door bedrijven te vergelijken en normen op te stellen.
 - Programma *Jeugd* (ZonMw)
De focus van het programma ligt op het vergroten van de effectiviteit van jeugdinterventies.
- Informatievoorziening over eigen werkprocessen en beleidsinformatie voor provincies en Rijk
De ontwikkeling van een verbeterde informatievoorziening is een taak van het Rijk. Hiervoor is in 2007 € 0,5 miljoen beschikbaar.
- Toezicht door Inspectie jeugdzorg
De Inspectie jeugdzorg houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg. De Inspectie jeugdzorg stelt jaarlijks een *Meerjarenplan* en *Jaarwerkprogramma* samen, op basis van een risicoanalyse die de inspectie heeft opgesteld en aanvullende wensen van de directie Jeugdbeleid (VWS), het ministerie van Justitie, en de provincies en grootstedelijke regio's (zie ook: www.inspectiejeugdzorg.nl).

Kengetallen Inspectie Jeugdzorg:

Kengetal	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Aantal door de Inspectie jeugdzorg uitgebrachte inspectierapporten	72	2005	72	–
Aantal door de Inspectie jeugdzorg behandelde klachten over de jeugdzorginstellingen	76	2005	90	–
Aantal door de Inspectie jeugdzorg behandelde meldingen/calamiteiten vanuit jeugdzorginstellingen	64	2005	80	–
Aantal aangekondigde/gegeven bevelen van de Inspectie jeugdzorg	0	2005	0	–
Percentage inspectierapporten van de Inspectie jeugdzorg dat aanbevelingen bevat	100%	2005	100%	–
Aantal uitgebrachte beleidsadviezen van de Inspectie jeugdzorg aan VWS, Justitie en provincies/grootstedelijke regio's	6	2005	6	–

Toelichting

Onder het kengetal «aantal door de Inspectie jeugdzorg uitgebrachte inspectierapporten» vallen de volgende inspectierapporten: instellingsrapporten, provinciale rapporten en landelijke rapporten. De inspectie verwacht dat het «aantal door de Inspectie jeugdzorg behandelde klachten» toeneemt, doordat er steeds meer aandacht komt voor de jeugdzorg en de bekendheid van de inspectie bij het publiek toeneemt. De inspectie verwacht dat het «aantal door de Inspectie jeugdzorg behandelde meldingen/calamiteiten vanuit jeugdzorginstellingen» toeneemt, daar jeugdzorginstellingen steeds beter voldoen aan hun meldingsplicht.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	2 200	2 100	1 400	1 400	1 400
<i>Onder andere</i>					
Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen	910	910	910	910	910
Projectsubsidies (totaal)	1 500	1 200	1 100	1 100	1 100
Nader te bepalen (totaal)	4 376	4 699	5 664	5 929	5 929
Totaal	8 076	7 999	8 164	8 429	8 429

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

45.3.4 Geïndiceerde kinderen en hun ouders/verzorgers krijgen op tijd de juiste hulp bij een zorgaanbieder van hun keuze

Motivering

Motivering

Kinderen moeten veilig en gezond kunnen opgroeien. Als ernstige opgroei- en opvoedproblemen zijn gesignaleerd dan moet de zorg tijdig na indicatiestelling volgen.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Doorlooptijden tussen indicatiestelling BJZ en aanvang zorg (dagen):				
Ambulant	69	3 ^e kwartaal 2005	< 63	< 63
Residentieel	63	3 ^e kwartaal 2005	< 63	< 63
Pleegzorg	41	3 ^e kwartaal 2005	< 63	< 63
Dagbehandeling	64	3 ^e kwartaal 2005	< 63	< 63
Bron: beleidsinformatie jeugdzorg 2005.				

Toelichting

De waarden over het derde kwartaal 2005 zijn gemeld in de brief aan de Tweede Kamer van 13 maart 2006 (TK 2005–2006, 29 815, nr. 55). We hebben de sector gevraagd per zorgvorm een norm te ontwikkelen voor een aanvaardbare wachttijd. Op dit moment gaan we uit van een maximum aanvaardbare wachttijd van negen weken (63 kalenderdagen) voor alle zorgvormen.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Kortere wachttijden zorgaanbod

- Financiering om de wachttijden terug te dringen
Wij hebben aangegeven dat eind 2006 de situatie moet zijn bereikt dat kinderen niet langer dan negen weken na indicatie op zorg hoeven te wachten. Hierover hebben wij prestatieafspraken gemaakt met de provincies en grootstedelijke regio's. Hiervoor hebben wij € 100 miljoen extra beschikbaar gesteld, waarvan € 50 miljoen uitbetaald wordt in 2006 en € 50 miljoen in 2007. Provincies en grootstedelijke regio's krijgen alleen gefinancierd bij prestatie. Dit betekent dat de middelen worden aangepast, als zij minder presteren dan is overeengekomen. Om de vraagontwikkeling op te vangen (waardoor de wachttijden beheersbaar kunnen blijven) heeft het kabinet vanaf 2007 € 40 miljoen structureel beschikbaar gesteld, bovenop de € 8 miljoen uit het hoofdlijnakkkoord (HLA).

2. Nieuw zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen

- Project gesloten behandeling
Het project heeft tot doel nieuw (intersectoraal) zorgaanbod te realiseren voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die voorheen op civielrechtelijke titel in een justitiële jeugdinrichting werden geplaatst. Hiervoor is in 2007 € 33,5 miljoen beschikbaar.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Projectsubsidies (totaal)	34 563	34 889	36 514	36 514	36 514
<i>Onder andere</i>					
Gesloten zorgaanbod	13 830	13 279			
Specifieke uitkeringen (totaal)	839 000	791 000	787 000	787 000	787 000
<i>Onder andere</i>					
Doeluitkering zorgaanbod	738 000	738 000	738 000	738 000	738 000
Wachttijden	90 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Totaal	873 563	825 889	823 514	823 514	823 514

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

45.3.5 Betaalbare jeugdzorg waarborgen

Motivering

Motivering

Geïndiceerde kinderen en hun ouders moeten gebruik kunnen maken van een betaalbare jeugdzorg.

Prestatie-indicatoren				
Indicatoren	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Gemiddeld budget per gewogen jeugdige Zorgaanbod in euro's Bron: VWS	141	juni 2006	167	157 (2010)
Gemiddeld budget per gewogen jeugdige Bureau jeugdzorg in euro's Bron: VWS	30	juni 2006	31	31 (2010)

Toelichting

Het gemiddelde budget per gewogen jeugdige (hierbij wordt extra gewicht toegekend aan jeugdigen van allochtone afkomst en met jeugdigen uit eenoudergezinnen) is berekend door het totale budget doeluitkering Zorgaanbod/Bureau Jeugdzorg te delen door het aantal gewogen jeugdigen 2005.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Vraaggestuurd bekostigingssysteem

- Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) financiering
De nieuwe AMvB stelt een nieuwe financiering- en bekostigings-systeem vast die voorziet in toereikende middelen om in de behoefte aan jeugdzorg te voorzien en die uitnodigt tot een doelmatige inzet van middelen.
- Nieuwe bekostigingssystematiek
De landelijke uitrol van de nieuwe bekostigingssystematiek is bedoeld om identificeerbare zorgproducten en bijbehorende normprijzen voor jeugdzorgaanbieders vast te stellen. Hiervoor is in 2007 € 1,0 miljoen beschikbaar.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Nader te bepalen (totaal)	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Totaal	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

45.4 Overzicht beleidsonderzoeken

	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Effectenonderzoek ex post	Effectenonderzoek impuls opvoedondersteuning	45.3.1	A najaar 2005 B juli 2007

Toelichting

In verband met het afronden van diverse evaluatie- en beleidsonderzoeken in 2006 (onder andere subsidieregeling schippersinternaten, Wet op de jeugdzorg, IBO financiering jeugdzorg, sturingsadvies JONG, jeugdzorgbrigade, vrijwilligersregeling) is voor 2007 weinig gepland.

Artikel 46 Sport

46.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een sportieve samenleving waarin zowel veel aan sport wordt gedaan als van sport wordt genoten.

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2007

De visie op het sportbeleid van de Rijksoverheid is neergelegd in de nota *Tijd voor sport*, kamerstukken 30 234, nr. 2. Dit beleid is uitgewerkt in het uitvoeringsprogramma *Samen voor sport* kamerstukken 30 234, nr. 6, waarin we aangeven op welke wijze en met welke partners wij de uitvoering van het beleid in de periode 2006–2010 ter hand nemen.

De belangrijkste beleidsonderwerpen zijn:

- Stimuleren van beweging en tegengaan van inactiviteit via kleinschalige projecten (community sportactiviteiten) en interventieteams gericht op specifieke doelgroepen (46.3.1)
- Stimuleren van sport en bewegen op school (46.3.2)
- Stimuleren van de vernieuwing van het lokale sportaanbod door sportverenigingen in samenwerking met andere maatschappelijke organisaties (46.3.2)
- Bevorderen van maatschappelijke betrokkenheid van allochtone jongeren door middel van sport (46.3.2)
- Introduceren van een keurmerk voor sportverenigingen (46.3.2)
- Vergroten van het bestand aan scheidsrechters en verbeteren van het imago van de scheidsrechter (46.3.2)
- Moderniseren van de sportopleidingen in Nederland (46.3.2)
- Verbeteren van talentherkenning en -ontwikkeling op regionaal en nationaal niveau (46.3.3)
- Versterken van de positie van topcoaches in Nederland (46.3.3)
- Ondersteunen van de organisatie van topsportevenementen in Nederland (46.3.3)
- Ontwikkelen van grensverleggende innovatieve toepassingen voor zowel topsport als breedtesport (46.3.3).

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor:

- het bevorderen van een gezonde en actieve leefstijl van de burger door voorlichting te geven en kennis te verspreiden;
- het aanzetten van partijen in verschillende sectoren van de maatschappij tot het ontwikkelen van activiteiten die ertoe moeten leiden dat mensen meer gaan sporten en bewegen en dat minder mensen inactief zijn;
- het ontwikkelen van programma's en het stimuleren van activiteiten die ertoe leiden dat mensen door middel van sport meedoen aan maatschappelijke activiteiten en zich daarbij sportief gedragen;
- het scheppen van voorwaarden voor topsporters in Nederland waardoor zij op verantwoorde en professionele wijze aan topsport kunnen doen.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Percentage van de Nederlandse bevolking dat minimaal twaalf keer per jaar aan sport doet.	60%	2003	62%	65% (2010)

Toelichting

Deze indicator geeft aan hoe sportief de Nederlandse samenleving is.

De bron van deze indicator is het Algemeen Voorzieningengebruik Onderzoek, dat eens in de vier jaar door het Sociaal Cultureel Planbureau wordt uitgevoerd. De resultaten voor 2007 komen in de loop van 2008 beschikbaar en kunnen opgenomen worden in het Jaarverslag 2007 of de Ontwerpbegroting 2009. Dit is afhankelijk van het tijdstip van publicatie van het SCP.

46.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	79 532	168 693	65 487	74 572	83 212	86 594	96 209
Uitgaven	67 146	121 913	100 816	98 364	105 988	108 344	98 109
Programma-uitgaven	64 621	119 337	98 279	95 844	103 753	106 109	95 874
Gezond door sport	4 571	7 194	9 797	13 532	16 941	18 709	18 974
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			69	21	11	10	5
Meedoen door sport	37 653	73 366	63 628	57 463	61 963	62 551	55 051
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			89	82	71	67	58
Sport aan de top	22 397	38 777	24 854	24 849	24 849	24 849	21 849
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			65	57	56	56	29
Apparaatsuitgaven	2 525	2 576	2 537	2 520	2 235	2 235	2 235
Ontvangsten	654	0	0	0	0	0	0

Alle instellingssubsidies en de verleende projectsubsidies aan de landelijke sportbonden zijn als meerjarig verplicht opgenomen, evenals de compensatie van de Ecotaks aan sportverenigingen en de bijdrage ten behoeve van de Stipendiumregeling aan het Fonds voor de topsporter. Van de breedtesportimpuls en de BOS-regeling zijn alleen de werkelijk aangegane verplichtingen opgenomen.

46.3 Operationele doelstellingen

Er zijn drie operationele doelstellingen voor sport:

1. mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid;
2. via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om;
3. de topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen- en buitenland.

46.3.1 Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid

Motivering

Motivering

In het gewone dagelijkse leven zijn flinke lichamelijke inspanningen vrijwel verdwenen. Bewegingsarmoede en verkeerde voedingspatronen leiden tot gezondheidsproblemen. Sport en beweging dragen bij aan een

actieve en gezonde leefstijl van het individu en zijn daardoor in het belang van een gezonde samenleving waaraan mensen zo lang mogelijk actief blijven meedoen.

Om burgers op grote schaal tot een actieve leefstijl te verleiden, is een omslag nodig: dagelijks bewegen wordt de norm! Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen geeft een grote impuls aan sport en beweging in Nederland. Partijen in verschillende sectoren van de maatschappij worden ertoe aangezet activiteiten te ontwikkelen waardoor mensen meer gaan sporten en bewegen en minder mensen inactief zijn.

Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen past naadloos in het kabinets-beleid op het gebied van preventieve gezondheidszorg: het vormt het onderdeel «bewegen» uit het Convenant Overgewicht, dat in januari 2005 tussen overheid en bedrijfsleven is afgesloten, en van de *Preventiebrief*, die in het najaar van 2006 verschijnt.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Percentage van de Nederlandse bevolking (vanaf 18 jaar) dat voldoet aan de beweegnorm of de fitnorm	60%	2004	62%	65% (2010)

Toelichting

Deze indicator geeft aan hoeveel Nederlanders voldoende bewegen voor hun gezondheid. Dit geeft een indicatie van de behaalde gezondheidswinst door sport. De gegevens maken onderdeel uit van het standaardonderzoek *Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN)*, uitgevoerd door onder meer TNO.

De «beweegnorm» (officieel de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, NNGB) is: op minstens vijf dagen per week minstens dertig minuten matig intensief bewegen. De «fitnorm» is: op minstens drie dagen per week minstens twintig minuten intensief bewegen.

De realisatie van deze indicator wordt jaarlijks gemeten. De resultaten voor 2007 komen in de loop van 2008 beschikbaar en kunnen opgenomen worden in de Ontwerpbegroting 2009.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Algemeen

- Laten uitvoeren van onderzoek om de kennis van en informatie over sport en bewegen te vergroten (€ 2,2 miljoen)

2. Mensen sporten en bewegen meer en minder mensen zijn inactief

- Samenwerking om sport en bewegingsbevordering op de agenda te zetten en om de ontwikkeling van programma's voor sport en bewegingsbevordering te stimuleren.
Deze samenwerking geschiedt bij voorkeur in de vorm van convenanten en allianties met alle betrokken sectoren.
- Massamediale voorlichtingscampagnes subsidiëren
Hiermee willen we de kennis van mensen over gezondheid en beweging vergroten (€ 1,2 miljoen)
- Subsidies en bijdragen verlenen aan (sport)organisaties en instellingen
Deze subsidies en bijdragen zijn bedoeld om gezonde lichaamsbeweging te stimuleren en inactiviteit tegen te gaan. Wij richten ons met deze subsidies en bijdragen op alle relevante aandachtsgebieden van het *Nationaal Actieplan Sport & Bewegen*: wijk, school, werk, zorg en sport (€ 4,6 miljoen).

3. Mensen doen op een gezonde en verantwoorde manier aan sport

- Samenwerking met betrokken partijen
Het doel is een gezonde sportbeoefening te bevorderen. Dat willen we bereiken met goede sportgeneeskunde, goede sportmedische begeleiding en blessurepreventie.
- Subsidies verlenen aan (sport)organisaties
Deze subsidies zijn bedoeld om sportmedisch beleid te ontwikkelen en uit te voeren (€ 1,5 miljoen), projecten uit te voeren die gericht zijn op blessurepreventie (€ 0,8 miljoen), en om de kwaliteit van de sportgeneeskunde te verbeteren (€ 0,5 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	978	308	308	308	308
Projectsubsidies (totaal)	6 178	10 684	12 838	14 606	14 871
<i>Onder andere</i>					
<i>Diverse landelijke sportorganisatie</i>	1 550	2 050	2 550	3 550	3 550
<i>Diverse sportmedische en geneeskundige instellingen</i>	1 000	2000	2000	2000	2000
Opdrachten (totaal)	2 641	2 540	3 795	3 795	3 795
<i>Onder andere</i>					
<i>Diverse onderzoeksbureaus</i>	2006	2 205	2 266	2 129	2 129
Totaal	9 797	13 532	16 941	18 709	18 974

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

46.3.2 Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om

Motivering

Motivering

Sport is meer dan alleen een middel voor voldoende bewegen. Het is ook een ontmoetingsplaats bij uitstek. Niet alleen voor de sporters zelf, maar ook voor talloze vrijwilligers in de sport. Door sport ontstaan kansen op binding, integratie en sociale cohesie. Vanwege de educatieve waarden van sport biedt sport ook uitgelezen mogelijkheden voor opvoeding en onderwijs. Het onderwerp «waarden en normen» verdient daarbij bijzondere aandacht.

In algemene zin is het sportbeleid van de rijksoverheid erop gericht om de deelname aan de (georganiseerde) sport te bevorderen, in het bijzonder van achterblijvende groeperingen. Niet alle groeperingen in de maatschappij nemen immers even vanzelfsprekend deel aan sport. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen die te maken krijgen met fysieke beperkingen en voor mensen die onbekend zijn met het verenigingsleven of zich daarbij niet thuis voelen. Maar ook voor mensen die door alle drukte geen tijd meer hebben om met de regelmaat van de klok op het sportveld te verschijnen of die wel graag zouden willen sporten, maar niet (meer) in competitief verband. Ook al deze groeperingen zouden veel van sport kunnen genieten, als het aanbod beter zou zijn aangesloten op de vraag. Speciale aandacht is er voor de jeugd, omdat daar de basis wordt gelegd voor een leven lang sporten.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
1. Percentage van de Nederlandse bevolking dat lid is van een sportvereniging	36%	2003	37%	38% (2010)
2. Percentage van de Nederlandse bevolking dat als vrijwilliger in de sport actief is	11%	2003	12%	13% (2010)

Toelichting

Ad 1. Deze indicator geeft aan hoeveel Nederlanders lid zijn van een sportvereniging. Dat is een indicatie van «meedoen in de maatschappij».

Ad 2. Deze indicator geeft aan hoeveel Nederlanders als vrijwilliger actief zijn binnen de sport. Dat is een indicatie van «meedoen in de maatschappij».

De bron van deze beide indicatoren is het Algemeen Voorzieningengebruik Onderzoek, dat eens in de vier jaar door het Sociaal Cultureel Planbureau wordt uitgevoerd. De resultaten voor 2007 komen in de loop van 2008 beschikbaar en kunnen opgenomen worden in het Jaarverslag 2007 of de Ontwerpbegroting 2009. Dit is afhankelijk van het tijdstip van publicatie van het SCP.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Algemeen

- Onderzoek om de kennis van en informatie over sportbeoefening te vergroten (€ 0,9 miljoen)
- Subsidies om de kennis van, informatie over en samenwerking in de sport te vergroten (€ 3,8 miljoen)

2. Scholieren sporten en bewegen op school

- Samenwerking met betrokken partijen op het gebied van sport en school
Het doel is sport en beweging op school te bevorderen.
- Laten uitvoeren van onderzoek naar sport en bewegen op school
We willen inzicht krijgen in de voorwaarden die nodig zijn om in het onderwijs meer ruimte te geven aan sport en beweging.
- Bijdrage verstrekken aan de Alliantie School & Sport Samen Sterker
Deze bijdrage is bedoeld om activiteiten uit te voeren om sporten en beweging door de jeugd te stimuleren (€ 1,5 miljoen).

3. Verenigingen zijn aantrekkelijk voor grote groepen sporters en vrijwilligers

- Samenwerking met betrokken partijen op het gebied van vernieuwing van lokaal sportaanbod
Het doel is bewerkstelligen dat de sportvereniging de functie van een brede ontmoetingsplaats kan blijven waarmaken en dat de sportdeelname toeneemt.
- Subsidies aan sportorganisaties
 - Ten eerste zijn er subsidies voor activiteiten om het sportaanbod en de sportverenigingen te vernieuwen. Dat moet gebeuren via een gericht programma met proefprojecten (€ 3,8 miljoen).
 - Ten tweede zijn er subsidies om sportdeelname van mensen met een beperking te bevorderen, onder meer door organisatorische integratie bij reguliere sportbonden (€ 2,5 miljoen)
- Bijdragen verstrekken aan sportorganisaties om de kosten van sportverenigingen als gevolg van de regulerende energieheffing, de «ecotax», gedeeltelijk te compenseren (€ 7,6 miljoen)

4. Allochtone jongeren doen mee in de samenleving door middel van sport

- Samenwerking met betrokken partijen in de sport
Het doel is bewerkstelligen dat allochtone jongeren meer deelnemen aan sport en meer participeren in de samenleving. Ook willen we uitval van risicogroepen voorkomen door middel van sport.
- Subsidies verlenen aan (sport)organisaties (€ 9 miljoen) en bijdragen verstrekken aan gemeenten via het Grote steden beleid (€ 2,1 miljoen)
Deze subsidies en bijdragen zijn bedoeld om de sportdeelname van allochtone jongeren te bevorderen en om met sport extra begeleiding en zorgtrajecten voor allochtone jongeren uit te voeren.

5. Mensen gedragen zich sportief en respecteren (spel)regels

- Samenwerking met betrokken partijen
Het doel is om te komen tot een gedragscode voor sportiviteit en respect, de inzet van vrijwilligers, de opleiding van trainers en coaches, een betere houding ten opzichte van scheidsrechters, de inzet van topsporters als ambassadeurs en het terugdringen van vandalisme dat aan de sport gerelateerd is en supportersgeweld.
- Subsidies aan landelijke (sport)organisaties
 - Er zijn subsidies om het bestand aan goed opgeleide trainers en coaches uit te breiden, om opleidingstrajecten te moderniseren en om innovatie en ontwikkeling van opleidingen, bijscholing en kennisuitwisseling mogelijk te maken (€ 2,9 miljoen).
 - Er zijn subsidies om een «masterplan arbitrage» op te stellen en uit te voeren om het tekort aan gekwalificeerde scheidsrechters terug te dringen, om projecten uit te voeren die verruwing, geweld, discriminatie en onheus gedrag naar scheidsrechters op de velden en langs de lijn aanpakken (€ 0,5 miljoen).
 - Er zijn subsidies om sociaalpreventieve projecten uit te voeren die erop gericht zijn het voetbalvandalisme, agressie en geweld terug te dringen (€ 0,5 miljoen).
 - Er zijn subsidies om de Koninkrijksband en de internationale samenwerking en kennisuitwisseling te versterken (€ 1,3 miljoen).

6. Mensen doen mee aan sportactiviteiten op lokaal niveau

- BOS-impuls
Specifieke uitkeringen verstrekken aan gemeenten
Deze uitkeringen zijn bedoeld voor het stimuleren van samenwerking op lokaal niveau tussen buurt, onderwijs en sport (BOS) om door middel van sport achterstanden van jeugdigen op het gebied van gezondheid, sport en participatie tegen te gaan (€ 18,6 miljoen). In 2007 zal voorts inzicht worden gegenereerd in de effecten van de BOS-projecten op deze achterstanden bij jeugdigen.
- Breedtesport-impuls
Specifieke uitkeringen verstrekken aan gemeenten en provincies, en subsidies verlenen aan sportbonden, in het kader van de Breedtesport-impuls. Het doel is het lokale sportaanbod structureel te verbeteren (€ 7,9 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	4 742	4 742	4 742	4 742	4 742
<i>Onder andere</i>					
Nederlands Instituut Sport en Bewegen	3 324	3 324	3 324	3 324	3 324
Nederlandse Bond Aangepast Sporten	938	938	938	938	938
Projectsubsidies (totaal)	28 240	30 242	38 337	43 305	45 825
<i>Onder andere</i>					
Diverse landelijke sportbonden	26 000	26 000	26 000	26 000	26 000
Opdrachten (totaal)	3 900	2 400	2 400	2 400	2 400
<i>Onder andere</i>					
Diverse onderzoeksbureaus	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Alliantie School en Sport	1 500				
Specifieke uitkeringen (totaal)	24 676	15 039	13 964	12 104	2 084
<i>Onder andere</i>					
Breedtesportimpuls	6 092	3 475	880		
BOS-regeling	18 584	11 564	13 084	12 104	2 084
Bijdragen aan Grotestedenbeleid	2 070	5 040	2 520		
Totaal	63 628	57 463	61 963	62 551	55 051

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

46.3.3 De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen- en buitenland

Motivering

Motivering

Medailles, finaleplaatsen en bijzondere prestaties van excellerende topsporters stralen het beeld uit van de Nederlandse sportieve samenleving: een sportief land dat presteert, een land waar je trots op mag zijn! Topsport op hoog niveau heeft mede door de grote media-aandacht een enorm bereik; niet alleen in Nederland maar over de hele wereld. Daarmee is het een element bij uitstek van Hollandpromotie.

Het kabinet ondersteunt de ambitie van de sport om Nederland een plaats te laten verwerven in de internationale top tien landenklassering. Daarvoor moeten Nederlandse sporters goed presteren op wereldkampioenschappen en de Olympische en Paralympische Spelen. Om in de top tien te komen, maakt de overheid duidelijke keuzes. De rijksoverheid investeert niet langer in alle topsportprogramma's, maar concentreert de beschikbare middelen op die topsportonderdelen waarbij Nederlandse sporters nu of in de (nabije) toekomst goed presteren.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde lange termijn
Positie van Nederland in de topsport landenklassering	i.o.	i.o.	i.o.	Positie bij de eerste tien (2010)

Toelichting

Deze prestatie-indicator geeft aan in hoeverre Nederland erin slaagt om zich te scharen bij de top tien van topsportlanden. Deze indicator wordt nog ontwikkeld door NOC*NSF en wordt opgenomen in de *Ontwerpbegroting 2008*. Deze indicator kan jaarlijks gemeten worden.

1. Algemeen

- Samenwerking met betrokken partijen op alle onderdelen van het topsportbeleid
Het doel is de topsport in Nederland verder te professionaliseren.

2. Topsporters worden in staat gesteld zich volledig te richten op hun sportieve loopbaan

- Bijdrage verstrekken aan het Fonds voor de Topsporter
Deze bijdrage is bedoeld voor het uitkeren van een stipendium aan A-topsporters en nationale toptalenten met een inkomen dat lager is dan het minimumloon, zodat zij zich vrij kunnen maken voor hun sportcarrière (€ 5,3 miljoen).

3. Topcoaches worden ondersteund tijdens hun loopbaan in de sport

- Bijdrage verstrekken aan het programma *Coaches aan de top* van de sportsector
Het doel is topcoaches vrij te maken voor hun trainerscarrière en te kunnen behouden voor de Nederlandse topsport (€ 4,5 miljoen).

4. Sportbonden worden in staat gesteld topsportevenementen naar Nederland te halen

- Subsidies verlenen aan (sport)organisaties en specifieke uitkeringen verstrekken aan andere overheden
Deze subsidies en specifieke uitkeringen zijn bedoeld om topsportevenementen in Nederland te organiseren (€ 4,7 miljoen).

5. Talenten krijgen een goede sporttechnische en maatschappelijke begeleiding op weg naar de top

- Subsidies verlenen aan (sport)organisaties
Het doel van deze subsidies is om het herkennen en ontwikkelen van talenten te verbeteren. Dat gebeurt door projectplannen door de sportbonden uit te laten voeren, door specifieke talentcoaches in te zetten, door Olympische netwerken regionaal te begeleiden en door er aandacht aan te besteden in het onderwijs (€ 4,8 miljoen).

6. Dopinggebruik wordt tegengegaan

- Subsidies verlenen aan (inter)nationale antidopingorganisaties
Hiermee willen we het gebruik van doping in de topsport (en enkele specifieke onderdelen van de breedtesport) bestrijden (€ 1,6 miljoen).

7. Innosport

- Bijdrage verstrekken aan de Stichting Innosport (€ 3 miljoen) om innovatieve toepassing voor de (top)sport te ontwikkelen

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	1 075	1 075	1 075	1 075	1 075
<i>Nationale dopingorganisatie</i>	<i>1 075</i>	<i>1 075</i>	<i>1 075</i>	<i>1 075</i>	<i>1 075</i>
Projectsubsidies (totaal)	14 802	15 493	15 493	15 493	15 493
<i>Onder andere</i>					
<i>Landelijke sportbonden</i>	<i>7 600</i>	<i>7 600</i>	<i>7 700</i>	<i>7 700</i>	<i>7 700</i>
<i>Bijzondere landelijke sportorganisaties</i>	<i>5 034</i>	<i>5 034</i>	<i>5 034</i>	<i>5 034</i>	<i>500</i>
Opdrachten (totaal)	8 281	8 281	8 281	8 281	5 281
<i>Fonds voor de topsporter</i>	<i>5 281</i>	<i>5 281</i>	<i>5 281</i>	<i>5 281</i>	<i>5 281</i>
<i>Stichting Innosport</i>	<i>3 000</i>	<i>3 000</i>	<i>3 000</i>	<i>3 000</i>	
Specifieke uitkeringen (totaal)	696				
<i>Onder andere</i>					
<i>Gemeente Apeldoorn</i>	<i>600</i>				
Totaal	24 854	24 849	24 849	24 849	21 849

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

46.4 Overzicht beleidsonderzoeken

	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond	Vindplaats
Beleidsdoorlichting	Uitvoering sportprogramma	46.1	A 03-2011 B 09-2011	
	Onderzoek naschoolse opvang en sport	46.3.2	A 08-2006 B 12-2006	
Effectonderzoek ex post	Evaluatieonderzoek	46.3.2	A 01-2009 B 12-2009	
	Breedtesportimpuls			
	Organisatorische integratie	46.3.2	A 09-2005 B 09-2006	www.nebasnsg.nl
Overig evaluatieonderzoek	RIVM/TNO onderzoek voor onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	46.3.1	A 01-2005 B 07-2005	www.rivm.nl
	Brede analyse school en sport (i.s.m. OC&W)	46.3.2	A 01-2006 B 12-2006	
	Onderzoek naar de sportparticipatie van mensen met een beperking	46.3.2	A 09-2006 B 03-2007	
	Onderzoek naschoolse opvang en sport	46.3.2	A 08-2006 B 12-2006	
	BOS-monitor (DMO)	46.3.2	A 08-2006 B 06-2007	
	Onderzoek Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN)	46.3.1	Doorlopend	www.tno.nl
	Topsportklimaat onderzoek	46.3.3	Doorlopend	

47.1 Algemene beleidsdoelstelling

De erfenis van WO II is afgewikkeld en mensen beseffen, mede op basis van de gebeurtenissen uit WO II, wat het betekent om in vrijheid te kunnen leven.

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2007

- Vereenvoudiging van de oorlogswetten (47.3.1)
- Implementatie van het vernieuwde jeugdvoorlichtingsbeleid (47.3.2)
- Voortzetting van het programma Erfgoed van de oorlog (47.3.2)

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

We zijn verantwoordelijk voor:

- het actueel houden van de wet- en regelgeving voor oorlogsgetroffenen. Wijzigingen zijn met name nodig in verband met wijziging van wetgeving op andere terreinen.
- het toezicht op vier zelfstandige bestuursorganen (zbo's): de PUR, de Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië (CAOR), de Stichting Het Gebaar (voor de Indische gemeenschap) en de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma.
- de (financiering van de) infrastructuur die het mogelijk maakt de herinnering van WO II in stand te houden.

Om de erfenis van WO II af te wikkelen (dat wil zeggen, de materiële en immateriële hulpverlening bij een dalend aantal oorlogsgetroffenen goed te laten verlopen) is het nodig dat uitvoeringsorganen zoals de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) in de laatste fase doelmatig en effectief blijven functioneren.

Bewustwording van de betekenis van het woord «vrijheid» wordt ondersteund door WO II als referentiepunt te nemen. Daarvoor is het belangrijk de herinnering levend te houden door instandhouding van herinneringscentra, conservering, ontsluiting en stimulering van gebruik van waardevol erfgoedmateriaal alsmede de vertaling van gebeurtenissen tijdens WO II naar deze tijd (jeugdvoorlichting). Werken aan bewustwording van (met name) de jeugd over de betekenis van vrijheid in relatie tot WOII is een complexe aangelegenheid. Het resultaat is onder meer afhankelijk van actuele maatschappelijke ontwikkelingen.

47.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	411 151	417 676	403 752	393 178	380 442	362 471	349 844
Uitgaven	406 205	418 131	404 348	393 178	380 442	362 471	349 844
Programma-uitgaven	405 124	416 959	403 260	392 197	379 461	361 490	348 863
Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II	397 429	409 580	394 138	380 075	367 339	354 305	341 678
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			100	100	100	100	100
Herinnering en bewustzijn WO II	7 695	7 379	9 122	12 122	12 122	7 185	7 185
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			80	72	65	62	62
Apparaatsuitgaven	1 081	1 172	1 088	981	981	981	981
Ontvangsten	3 779	0	0	0	0	0	0

De geraamde uitgaven op grond van de Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945, de uitgaven aan de pensioen- en uitkeringsraad, de uitgaven ten behoeve van aanpak cultureel erfgoed en alle instellingssubsidies zijn als meerjarig verplicht opgenomen.

47.3 Operationele doelstellingen

Er zijn twee operationele doelstellingen voor dit beleidsterrein:

1. een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw;
2. de herinnering aan WO II blijft levend en veel mensen – vooral jeugdigen – zijn zich bewust van de betekenis van WO II.

47.3.1 Een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw

Motivering

Motivering

Het aantal oorlogsgetroffenen neemt om demografische redenen geleidelijk af. De kerncijfers van de PUR (www.pur.nl onder algemeen/organisatie) laten zien dat het aantal uitkeringen ingevolge de oorlogswetten daalt van 37 743 in 2005 naar 31 317 in 2010. Gezien deze ontwikkeling zullen ook de organisaties die de materiële en immateriële hulpverlening verzorgen, geleidelijk moeten afbouwen. Het is belangrijk dat dit op een verantwoorde manier gebeurt, zodat de ondersteuning kwantitatief en kwalitatief op peil blijft. Het ministerie van VWS begeleidt en faciliteert deze afbouw. Dat gebeurt bijvoorbeeld door samenwerking te stimuleren tussen de instellingen waar het draagvlak van de afzonderlijke instellingen te smal dreigt te worden.

Onderstaande prestatie-indicatoren hebben betrekking op de doelmatigheid (indicator 1) en de kwaliteit van dienstverlening (indicatoren 2 en 3) van de PUR. Indicator 1 laat de apparaatskosten van de PUR zien in verhouding tot de uitgaven voor pensioenen en uitkeringen. Dit verhoudingspercentage geeft een globale indicatie van de doelmatigheid van de PUR. Directe sturing op dit percentage is niet goed mogelijk, mede door de afbouwfase waarin de PUR zich bevindt. Het streven is erop gericht een (sterke) stijging van dit percentage zoveel mogelijk te voorkomen. De indicatoren 2 en 3 tonen de percentages eerste aanvragen en vervolgaanvragen (om een uitkering of voorziening) die binnen de

wettelijke termijn zijn afgehandeld. Dit is een belangrijke indicator voor de kwaliteit van dienstverlening van de PUR. Het percentage schommelde in 2004 rond de negentig procent. Gestreefd wordt in 2007 dit percentage minimaal te handhaven.

Begin 2006 heeft een extern bureau in opdracht van de PUR een onderzoek ingesteld naar de tevredenheid van de cliënten van de PUR. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat tachtig procent van de cliënten tevreden tot zeer tevreden is over de dienstverlening van de Raad.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Basiswaarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde 2010
1. Percentage apparaatskosten PUR in verhouding tot de uitgaven voor pensioenen en uitkeringen <i>Bron: PUR</i>	5,3%	2005	–	–
2. Percentage eerste aanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgehandeld <i>Bron: PUR</i>	91%	2004	91%	≥ 92%
3. Percentage vervolgaanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgehandeld <i>Bron: PUR</i>	89%	2004	89%	≥ 92%

Toelichting:

Prestatie-indicatoren 2 en 3: de basiswaarden en streefwaarden van de afhandeling van eerste aanvragen en vervolgaanvragen betreffen een gewogen gemiddelde van de Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945 (WUV), de Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945 (WUBO) en de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Deze prestatie-indicatoren worden jaarlijks gemeten.

Instrumenten

- Bijdragen verlenen aan zbo's
Om materiële hulp te kunnen verlenen aan oorlogsgetroffenen, stellen we bijdragen ter beschikking aan vier zbo's, waaronder de PUR en Stichting Het Gebaar, voor hun uitvoeringskosten (€ 28,5 miljoen).
- Subsidies verlenen
Om immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen mogelijk te maken, verlenen we subsidies aan gespecialiseerde instellingen, waaronder de begeleidende instellingen: Stichting Pelita, Joods Maatschappelijk Werk (JMW) en Stichting 1940–1945 (€ 6,7 miljoen).
- Wet- en regelgeving bijstellen
We stellen de wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen bij, als wijzigingen in aanpalende wetten dat noodzakelijk maken. We voorzien geen principiële wijzigingen in de wetten voor oorlogsgetroffenen meer.
- Toezicht houden
Om de verantwoordelijkheid voor een rechtmatige, doelmatige en goede uitvoering van het wettelijk stelsel voor oorlogsgetroffenen en het naoorlogs rechtsherstel te kunnen waarmaken, oefenen we toezicht uit op de vier zbo's. In de brief van 17 februari 2006 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rond de uitvoering van de wetten voor oorlogsgetroffenen. Onderwerpen die in deze brief aan de orde kwamen, waren het project *Gerichte Benade-*

ring, de samenwerking tussen de PUR en de Sociale Verzekeringsbank (SVB), en de evaluatie van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de PUR.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Wetten en regelingen (totaal)	353 884	341 898	329 162	316 128	303 501
<i>Onder andere:</i>					
Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945 (Wuv)	186 600	177 400	169 200	161 600	154 400
Bijdragen aan Zbo's (totaal)	28 522	27 447	27 447	27 447	27 447
<i>Onder andere:</i>					
Pensioen- en uitkeringsraad	26 878	26 875	26 875	26 875	26 875
Instellingssubsidies (totaal)	8 847	8 542	8 515	8 492	8 492
<i>Onder andere:</i>					
Subsidies immateriële dienstverlening	6 419	6 329	6 302	6 280	6 280
Projectsubsidies (totaal)	2 885	2 188	2 215	2 238	2 238
<i>Onder andere:</i>					
Projecten immateriële hulpverlening	306	396	423	445	445
Totaal	394 138	380 075	367 339	354 305	341 678

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

47.3.2 De herinnering aan WO II blijft levend en veel mensen vooral jeugdigen – zijn zich bewust van de betekenis van WO II

Motivering

Motivering

Het is belangrijk de herinnering aan WO II levend te houden. Dit geldt niet alleen voor de mensen die deze oorlog hebben meegemaakt, maar ook voor jeugdigen vanwege de lessen die daaruit getrokken kunnen worden, mede in relatie tot actuele vraagstukken rond oorlog en vrede.

De beleidsprioriteit over het bekend houden van WO II is nader uitgewerkt in een brief aan de Tweede Kamer van 18 januari 2006. Aan deze brief is een bijlage toegevoegd over het jeugdvoorlichtingsbeleid WO II in de periode 2006–2010 met de titel «*Raak de juiste snaar*».

Het kabinet heeft in mei 2006 ingestemd met de inhoudelijke hoofdlijn van het programma *Erfgoed van de oorlog* en heeft in september 2006 de uitwerking daarvan, in de vorm van een plan van aanpak geaccordeerd. Bezien wordt of het mogelijk is voor de beleidsprioriteiten «jeugd» en «erfgoed WO II» in 2008 prestatie-indicatoren te ontwikkelen. Daarvoor zullen we onder andere overleg voeren met het Nationaal Comité 4 en 5 mei.

Onderstaande prestatie-indicatoren meten het belang dat de Nederlandse bevolking hecht aan 4 en 5 mei. Het deel van de Nederlandse bevolking dat veel belang hecht aan 4 en 5 mei, schommelt de laatste jaren tussen de 75 en 80 procent. Het is niet ondenkbaar dat de belangstelling voor 4 en 5 mei zal dalen, naarmate WO II verder achter ons ligt. Als deze in 2010 minder dan 70 procent bedraagt, kan dat aanleiding zijn om het beleid bij te stellen. Overigens is de mening van de Nederlandse bevolking over 4 en 5 mei maar beperkt beleidsmatig te sturen.

Prestatie-indicatoren				
Prestatie-indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2007	Streefwaarde langere termijn
Aandeel van de Nederlandse bevolking dat (veel) belang hecht aan 4 mei (Nationaal Vrijheidsonderzoek) (%) <i>Bron: Nationaal Comité 4 en 5 mei</i>	80%	2006	80%	≥ 70%
Aandeel van de Nederlandse bevolking dat (veel) belang hecht aan jaarlijkse viering van de bevrijding en de vrijheid op 5 mei (Nationaal Vrijheidsonderzoek) (%) <i>Bron: Nationaal Comité 4 en 5 mei.</i>	77%	2006	77%	≥ 70%

Toelichting:

Deze prestatie-indicatoren worden jaarlijks gemeten.

Instrumenten per beleidsprioriteit

Beleidsprioriteiten

1. Zoveel mogelijk jongeren in de leeftijdscategorie van 10 tot 18 jaar zijn bekend met WO II en zijn zich daardoor meer bewust van de betekenis van het woord «vrijheid»

- Subsidies verlenen
Om de herinnering aan WO II levend te houden en de betekenis ervan te vertalen naar deze tijd, verlenen we subsidies om nationale manifestaties te houden (4 en 5 mei; 15 augustus). Verder houden we vier nationale herinneringscentra in stand en laten we voorlichtingsprojecten uitvoeren die verband houden met WO II. Op 27 april 2006 is de Subsidieregeling *voorlichtingsbeleid Tweede Wereldoorlog* in de Staatscourant gepubliceerd. Het nieuwe voorlichtingsbeleid kent twee sporen. Ten eerste willen we kennis en informatie verspreiden over aspecten van de oorlog die onderbelicht zijn. Ten tweede willen we bewustwording creëren onder jongere generaties. We werken aan een grotere betrokkenheid van onderwijspartijen zoals docenten, lerarenopleidingen en beroepsverenigingen.
- Onderzoek laten verrichten
Om inzicht te krijgen in de gedachtevorming en bewustwording rond 4 en 5 mei en de achterliggende actuele thema's (grondrechten, democratie, oorlog, vrijheid en verantwoordelijkheid) wordt subsidie verleend aan het Nationaal Comité 4 en 5 mei voor het jaarlijks laten verrichten van een monitor-onderzoek. Het Nationaal Vrijheids-onderzoek 2006 is te vinden op www.herdenkenenvieren.nl.

2. Het meest waardevolle erfgoedmateriaal WO II blijft beschikbaar en toegankelijk voor huidige en toekomstige generaties

- Subsidies verlenen in verband met programma *Erfgoed van de Oorlog*
Het ministerie van VWS faciliteert concrete projecten om materiaal uit en over de Tweede Wereldoorlog te behouden, te ontsluiten en te gebruiken. Hierbij gaat het om conservering en digitalisering van archieven, museale collecties, foto-, film- en audiomateriaal. Voor sporen in het landschap zoals monumenten en gedenktekens proberen we de bestuurlijke verantwoordelijkheden beter te verankeren. Hoewel conservering en digitalisering belangrijke onderdelen van het

programma vormen, is het doel van het Erfgoedprogramma primair de toegankelijkheid en het gebruik van de materialen en informatie over deze oorlog te vergroten. We zijn er namelijk van overtuigd dat de herinnering aan deze oorlog alleen van blijvende betekenis is, als we steeds de analogie kunnen laten zien tussen keuzes en dilemma's uit die periode en keuzes en dilemma's van nu.

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011
Instellingssubsidies (totaal)	4 330	4 363	4 363	4 363	4 363
<i>Onder andere:</i>					
Nationaal Comité 4 en 5 mei	2 731	2 731	2 731	2 731	2 731
Projectsubsidies (totaal)	4 792	7 759	7 759	2 822	2 822
<i>Onder andere:</i>					
Projecten jeugdvoorlichting	1 184	1 184	1 184	1 184	1 184
Projecten Erfgoed WO II	2 612	5 612	5 612	675	675
Totaal	9 122	12 122	12 122	7 185	7 185

Bovenstaande informatie is bedoeld voor de Staten Generaal. Aan dit overzicht kunnen geen rechten worden ontleend.

47.4 Overzicht beleidsonderzoeken

	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond	Vindplaats
Beleidsdoorlichting	Programmacie. Voorlichting WOII	47.3.2	A december 2007 B februari 2008	

Niet-beleidsartikel 98: Algemeen

98.1 Algemene doelstelling

In dit niet-beleidsartikel ramen we de ministerie- en zorgbrede brede uitgaven die niet specifiek zijn toe te rekenen aan een van de doelstellingen in de voorgaande beleidsartikelen. De opzet van dit artikel is gelijk aan die in de *Begroting 2006*.

98.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	249 763	214 272	272 472	271 964	281 923	279 205	280 756
Uitgaven	239 377	218 003	279 269	278 110	281 923	279 205	280 756
Programma-uitgaven	2 968	24 243	92 791	93 060	94 091	91 591	89 091
Beheer en toezicht stelsel	151	16 337	80 470	80 740	81 771	81 771	81 771
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Internationale samenwerking	2 817	7 906	12 321	12 320	12 320	9 820	7 320
<i>Waarvan juridisch verplicht in procenten</i>			<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Apparaatsuitgaven	236 409	193 760	186 478	185 050	187 832	187 614	191 665
Inspectie Gezondheidszorg	40 276	38 736	38 219	37 064	36 646	36 730	36 781
Sociaal en Cultureel Planbureau	9 152	6 181	5 516	5 433	5 433	5 344	5 344
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1 195	898	869	869	869	869	869
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	3 105	2 429	2 199	2 199	2 199	2 199	2 199
Gezondheidsraad	5 671	5 027	4 376	4 376	4 276	4 276	4 276
Raad voor Gezondheidsonderzoek	651	361	348	348	348	348	348
Personeel en materieel kernministerie	110 989	113 982	109 719	109 530	108 852	108 639	112 639
Strategisch onderzoek RIVM	42 598	20 788	19 938	19 938	23 916	23 916	23 916
Strategisch onderzoek NVI	22 772	5 358	5 294	5 293	5 293	5 293	5 293
Ontvangsten	9 092	3 130	3 380	3 380	3 380	3 380	3 380

De bijdragen aan de Zorg ZBO's zijn als meerjarig verplicht opgenomen (beheer en toezicht stelsels).

98.3 Operationele doelstellingen

In deze paragraaf bespreken we wat VWS concreet doet in het kader van dit niet-beleidsartikel. Eerst gaan we in op de internationale samenwerking. Dan volgen zeven subparagrafen over respectievelijk het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het strategisch onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Gezondheidsraad (GR), de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Zorg ZBO's. Ten slotte volgen de apparaatsuitgaven van het kernministerie die niet aan de beleidsartikelen zijn toe te rekenen.

98.3.1 Internationale samenwerking bevorderen

Steeds meer beleidsterreinen bij VWS hebben een internationale dimensie. Wij vinden het om een aantal redenen belangrijk om een goede internationale samenwerking te bevorderen: de kwaliteit van het beleid wordt er hoger door, we kunnen internationale wet- en regelgeving beïnvloeden, en internationale afspraken nakomen.

Verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor de internationale samenwerking op de beleidsterreinen van VWS. Op specifieke gebieden zijn andere ministers verantwoordelijk. Zo valt de Commission on Narcotic Drugs van de VN onder de minister van Buitenlandse Zaken, en is de minister van Ontwikkelingssamenwerking verantwoordelijk voor de bilaterale ontwikkelings-samenwerking op het gebied van gezondheid.

Instrumenten en activiteiten

We bevorderen de internationale samenwerking met behulp van de volgende instrumenten en activiteiten:

- Samenwerken op Europees en mondiaal niveau
VWS werkt samen met veel internationale beleidsorganen en platforms zoals de EU, de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Raad van Europa, de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en met relevante onderdelen van de Verenigde Naties (VN). Daarbij geven we prioriteit aan de volgende dossiers: *Ontwikkeling binnen zorgstelsels, Mobiliteit van patiënten en beroeps-beoefenaren, en Infectieziekten en voeding en beweging*. Buiten Europa ligt het zwaartepunt van deze bilaterale samenwerking op China (via een actieplan), de Verenigde Staten (via een attaché) en Suriname (via samenwerking met het ministerie van Gezondheid). Daarnaast coördineert VWS de samenwerking van VWS-onderdelen met verschillende overheidsdiensten van de Nederlandse Antillen en Aruba.
- Financieel bijdragen aan de WHO
VWS draagt bij aan de WHO (€ 6 miljoen). Deze bijdrage gebeurt in de vorm van een strategisch partnerschap dat in 2009 afloopt.
- Hiv/aids voorkomen onder druggebruikers in Oost-Europa
VWS werkt mee aan de preventie van hiv/aids in Rusland en andere landen in Oost-Europa. Dit doen we door subsidie te verstrekken aan programma's van het Office on Drugs and Crime van de Verenigde Naties (€ 5 miljoen).
- Personeel uitzenden naar het buitenland
Om internationaal goed samen te kunnen werken is het soms nodig om mensen ter plekke te hebben. Daarom zendt VWS personeel uit naar de volgende bestemmingen:
 - verschillende attachés in Brussel en één attaché in Washington, één in Parijs en één in Beijing;
 - één detachering bij het United Nations Development Programme (UNDP);
 - een aantal detacheringen bij de Europese Commissie en OECD; circa vijf detacheringen bij de WHO via het strategisch partnerschap.
- Stimuleren dat veldorganisaties internationaal samenwerken
VWS verstrekt subsidies (totaal ongeveer € 1,5 miljoen) om te stimuleren dat veldorganisaties internationaal samenwerken. Daartoe subsidieert VWS onder andere het International Centre/NIZW, om te stimuleren dat instellingen buiten het ministerie deelnemen aan Europese onderzoeksprogramma's en om samen te werken met prioritaire landen.

98.3.2 Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft tot taak de maatschappelijke ontwikkelingen in Nederland te beschrijven, en op basis hiervan – gevraagd en ongevraagd – adviezen uit te brengen over het overheids-

beleid. Om dit te kunnen doen, verricht het planbureau sociaal-wetenschappelijk onderzoek. In dit onderzoek wordt gekeken naar de leefsituatie en de opvattingen van burgers. Daarnaast kijkt het SCP ook kritisch naar de initiatieven die de overheid neemt om iedere burger in Nederland een menswaardig bestaan te bieden. Zijn die initiatieven doelmatig en van goede kwaliteit?

In een werkprogramma geeft het SCP eens per twee jaar een overzicht van de voorgenomen activiteiten. De minister van VWS heeft het Werkprogramma 2006–2007 formeel vastgesteld. Dit werkprogramma is gepubliceerd op de website van het SCP (www.scp.nl).

Tabel 98.1: Kengetallen 2007

Output	Input	Kosten (x € 1000)
(uren wetenschappelijk onderzoek)		
a. Rapporten en adviezen (25 rapporten)	44 472 uur	4 491
b. Surveys en modellen	4 282 uur	432
c. Presentaties/artikelen	4 502 uur	455
d. Commissiewerkzaamheden	1 647 uur	166
Totaal	54 904 uur	5 544

Voorgenomen beleidsprestaties

1. Het publiceren van onderzoeksrapporten en adviezen in de publicatiereeksen van het SCP.
2. Het uitvoeren van surveys en het ontwikkelen van (ramings)modellen.
3. Het schrijven van wetenschappelijke en algemene artikelen in vaktijdschriften en algemene media en het verzorgen van presentaties.
4. Het verrichten van commissiewerkzaamheden en het voeren van het secretariaat van de Commissie Zorg, Welzijn en Onderwijs.

Toelichting:

1. Het SCP zet een substantieel deel van zijn capaciteit in om te rapporteren over de leefsituatie van bevolkingsgroepen zoals minderheden en mensen met beperkingen. Daar is het SCP ook voor ingesteld. Verder rapporteert het SCP ook over sociale trends zoals mediagebruik, sport, de voortgang van de emancipatie, trends in tijdsbesteding, mobiliteitsgedrag, de sociale gevolgen van het gebruik van ICT, en de rol van religie in de samenleving. In 2007 verschijnt een nieuwe editie van de Sociale Staat van Nederland en van het rapport Integratie. Een vast onderwerp in het werkprogramma van het SCP is ook dat de productie in de publieke sector wordt beschreven en geanalyseerd. Thema's daarbij zijn ontwikkelingen in de (arbeids)productiviteit en kwaliteit. Behalve deze periodieke rapporten gaat het SCP in 2007 ook een aantal beleidsgerichte en thematische studies uitvoeren die aansluiten op de prioriteiten van het kabinetsbeleid. Belangrijke onderwerpen zullen naar verwachting in 2007 zijn: sociale veiligheid, integratie van minderheden, opvoedingsmilieus, leefsituatie en maatschappelijke achterstand, en de leefsituatie van mensen met fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen. Het kabinet heeft enkele grote stelselherzieningen doorgevoerd. Het SCP is van plan deze veranderingen op de terreinen van maatschappelijke ondersteuning, gezondheidszorg en arbeidsintegratie intensief te volgen en te evalueren vanuit het

- perspectief van de burger. Aandachtspunten daarbij zijn: kwaliteit en effectiviteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van publieke diensten.
2. Er worden nieuwe ramingsmodellen gemaakt voor de diverse onderdelen van de quataire sector. Dit is noodzakelijk omdat systemen veranderd zijn en er inmiddels betere (registratie)gegevens beschikbaar zijn. Een knelpunt blijft de informatievoorziening. Het SCP verkrijgt de cijfers van het CBS, dat bezuinigt op sociale statistieken. In aanvulling daarop verwerft het SCP – met (financiële) steun van de departementen – daarom zelf data door enquêtes uit te besteden, te participeren in onderzoeken van andere (internationale) organisaties en door reeds beschikbare (registratie)gegevens te verkopen. De kosten van dataverzameling stijgen.

98.3.3 Strategisch onderzoek Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is een baten-lastendienst en doet projectmatig onderzoek voor zijn primaire opdrachtgevers: de ministeries van VWS, VROM en LNV. Daarnaast doet het RIVM ook zogenoemd strategisch onderzoek. Dit is onderzoek om de expertise te ontwikkelen die nodig is voor de continuïteit van het instituut. Zo kan het RIVM zijn toekomstige taken voor de opdrachtgevers adequaat uitvoeren, op zowel de middellange als de lange termijn. Dit strategisch onderzoek wordt daarom zo gepland dat enerzijds actuele lacunes in kennis worden gevuld en dat anderzijds wordt ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen op de werkerreinen van het instituut. Projectresultaten en projecten vanuit het strategisch onderzoek horen continu door te stromen in 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.

Het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) is een baten-lastendienst die projecten uitvoert voor zijn primaire opdrachtgever VWS. Net als het RIVM verricht ook het NVI daarnaast strategisch onderzoek om wetenschappelijke kennis en expertise te verwerven. Met die kennis en expertise kan het NVI zijn kerntaken uitvoeren en kan de continuïteit van het NVI op de langere termijn worden bestendigd.

Instrumenten en activiteiten

De Wet op het RIVM vormt de wettelijke basis voor het strategisch onderzoek dat dit instituut uitvoert. Deze wet bepaalt dat de directeur-generaal RIVM jaarlijks een programma van onderzoek opstelt. Hierin beschrijft hij welke inzichten het instituut moet verwerven om zijn taken adequaat te kunnen uitvoeren. Dit programma is openbaar. Met deze wettelijke bepaling laat de wetgever zien dat het RIVM professioneel zelfstandig is. In het licht 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 de baten-lastendienst RIVM.

Het strategisch onderzoek van het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) kan niet direct gekoppeld worden aan een specifiek product (vaccin, onderzoeksopdracht). Het NVI ontwikkelt onder meer onderzoeksmethoden, analyses van en oplossingen voor vaccinatieproblematiek, en verbreedt vaccinkennis. De projecten binnen het strategisch onderzoeksprogramma zijn geen zelfstandige, externe producten, maar interne projecten die de continuïteit waarborgen op de langere termijn. Die

projecten moeten dus ook vanuit het NVI worden aangestuurd. Daarom is het budget voor het strategisch onderzoek niet ondergebracht bij de opdrachtgever maar bij de secretaris-generaal van VWS, als «eigenaar» van de baten-lastendienst NVI.

98.3.4 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ): adviseren over volksgezondheid en zorg om een beleidsvisie te ontwikkelen en strategische beleidskeuzen te faciliteren

Met ingang van 2007 is het adviesdomein van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ): de curatieve zorg, de langdurende zorg, de publieke gezondheidszorg en de maatschappelijke ondersteuning. De RVZ adviseert ook over de intersectorale aspecten van deze beleidsterreinen. Het kabinet stelt in de zomer van 2006 het definitieve Werkprogramma 2007 van de RVZ vast. Hierbij houdt het rekening met het feit dat de RMO wordt opgeheven, en dat RMO-taken gedeeltelijk worden overgeheveld naar de RVZ. Ten tijde van opstelling van de begroting waren de exacte budgettaire gevolgen van de opheffing van de RMO nog niet bekend. Daarom is deze als aparte regel in de tabel «Budgettaire gevolgen van beleid» opgenomen.

Overige activiteiten

De RVZ adviseert niet alleen, maar verzorgt ook inbreng in debatten, workshops, expertmeetings en andere beleidsvoorbereidende en meningvormende activiteiten, ook voor de Staten-Generaal.

98.3.5 Gezondheidsraad (GR): adviseren over de stand van de wetenschap op het gebied van de volksgezondheid

Volgens de Gezondheidswet heeft de Gezondheidsraad (GR) de taak «onze ministers en de beide kamers der Staten-Generaal voor te lichten over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid» (*Gezondheidswet*, artikel 22). Specifieke taken zijn geregeld in de Wet op de orgaandonatie (WOD) en de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Het werkterrein van de GR omvat de volgende onderwerpen: preventie, voeding, genetica, ethiek, geestelijke volksgezondheid en health technology assessment. De raad brengt op deze terreinen gevraagd en ongevraagd adviezen uit. In september 2006 stelt de minister van VWS het werkprogramma voor 2007 formeel vast. De raad verwacht 25 à 30 adviezen uit te brengen in 2007.

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO)

De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) is een bij wet (*Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen/WMO*) ingestelde commissie. Deze commissie is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) waarvan het budget is ondergebracht bij de GR. De wettelijke taken van de CCMO zijn in 2003 uitgebreid met de uitvoering van de Embryowet. Sinds de gewijzigde WMO op 1 maart 2006 in werking getreden is, treedt de CCMO ook hiervoor op als bevoegde instantie.

98.3.6 Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): adviseren over onderzoek op zorgthema's en volksgezondheidsaspecten

De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) is een sectorraad en brengt adviezen uit aan de ministers van VWS, OCW en EZ. Die adviezen gaan over prioriteiten in het gezondheidsonderzoek, over de kennis-

infrastructuur die daarbij hoort, en over de ontwikkeling van de technologie in de gezondheidssector. De RGO zal in 2007 naar verwachting onderdeel gaan uitmaken van de GR.

Werkprogramma

De RGO heeft een eigen onderdeel in het werkprogramma dat de raad gezamenlijk uitbrengt met de GR. In september 2006 stelt de minister van VWS het werkprogramma voor 2007 formeel vast. De raad verwacht in 2007 een à twee adviezen te kunnen uitbrengen. Daarnaast zal in 2007 het advies over universitaire responsiviteit verschijnen.

De RGO streeft er in 2007 naar een of meer signalelementen te publiceren over specifieke aspecten van het gezondheidsonderzoek. Verder zal de RGO waar nodig bijdragen leveren aan de adviezen van de GR.

98.3.7 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ beschermt en bevordert door middel van toezicht veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg. De IGZ handelt vanuit het perspectief van de burger en richt zich op problemen die burgers zelf niet kunnen beoordelen of beïnvloeden. De IGZ bewaakt «de bodem» (ondergrens waar veilige zorg omslaat in onveilige zorg) door middel van het opsporen van risico's. De IGZ wil het veld tevens nadrukkelijk stimuleren tot verbetering van de zorg.

De IGZ hanteert de methodiek van het gelaagd en gefaseerd toezicht (GGT). Met deze systematiek krijgt de inspectie onder andere aan de hand van prestatie-indicatoren informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. De IGZ maakt op basis daarvan een risico-inschatting en prioriteert haar toezicht.

De IGZ hanteert acht programma's voor onderzoek en toezicht:

1. Gezondheidsbevordering
2. Gezondheidsbescherming
3. Eerstelijnszorg
4. Specialistische somatische en psychiatrische zorg
5. Gehandicaptenzorg
6. Ouderenzorg
7. Zorg thuis
8. Veilige medische producten

In de beleidsartikelen is opgenomen welk van de programma's van de IGZ relevant zijn voor het beleidsdomein van dat artikel.

Voorts kent de IGZ een aantal programmaoverstijgende dossiers: toepassingsveiligheid, ketenzorg, derde fase toezicht, patiëntveiligheid, zorg ICT, gehandicaptenzorg, patiënten/consumenten, BOPZ en patiëntenrechten, commerciële zorg, forensische zorg, certificering en accreditering, beroepsontwikkeling en capaciteitsplanning.

Ook brengt de IGZ evenals voorgaande jaren «De staat van de volksgezondheid en de gezondheidszorg» uit. Centraal thema in 2007 is de in ontwikkeling zijnde taakverschuiving bij beroepsbeoefenaren en instellingen in de (gezondheids)zorg. Een aantal indicatoren uit deze rapportage is opgenomen bij de beleidsartikelen.

Daarnaast zet de IGZ in 2007 het project samenwerkende rijksinspecties op het domein ziekenhuizen voort. Het betreft een intensieve samenwerking tussen vijf betrokken toezichthouders met één loket voor de ziekenhuizen waarbij de IGZ als coördinator optreedt. Doel van de

samenwerking is toezichtlasten voor ziekenhuizen te verminderen en de effectiviteit en efficiëntie van toezicht te vergroten.

Ten slotte ontplooit de IGZ diverse internationale activiteiten op het gebied van beleid, samenwerking en ondersteuning van de Nederlandse Antillen en Aruba.

In het kader van «IGZ op Orde» is er – naast de middelen die extra beschikbaar zijn gesteld bij Voorjaarsnota 2006 – met ingang van 2007 structureel € 750 000 toegevoegd aan het budget van de IGZ. Deze middelen zullen aangewend worden ten behoeve van het primaire proces.

De IGZ zal zijn voornemens nader toelichten in het werkprogramma dat in september 2006 verschijnt. Het werkprogramma wordt goedgekeurd door de Minister van VWS.

98.3.8 Zorg-ZBO's

De Zorg-ZBO's worden sinds begin 2006 bekostigd uit begrotingsmiddelen. De beheerskosten van de Zorg-ZBO's worden verantwoord op dit artikel.

De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid worden mede gewaarborgd door het sectorspecifieke markttoezicht dat uitgevoerd wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZAio). Eerder zond ik u twee brieven over de Wet marktordening gezondheidszorg en de oprichting van de NZAio (EK 2005–2006, 30 186, A en TK 2003–2004, 29 324, nr. 3). De keuze voor een nieuw zorgstelsel heeft ook direct gevolgen voor de taken en werkzaamheden van de overige ZBO's die zich bezig houden met de uitvoering en het beheer van het nieuwe zorgstelsel. Het gaat om de volgende Colleges: het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw zorginstellingen (CBZ) en het College sanering zorginstellingen (CSZ). Kort samengevat zal het CVZ in de komende jaren worden omgevormd tot pakketbeheerder. Het CBZ en het CSZ zullen op (langere) termijn als zelfstandig bestuursorgaan verdwijnen. Hierover heb ik u medio 2005 geïnformeerd (TK 2004/05, 29 689, nr. 7).

Op 1 oktober dienen de Zorg-ZBO's een werkplan en begroting voor het daaropvolgende jaar bij VWS in. Deze stukken behoeven de goedkeuring van de minister van VWS.

98.3.9 Personeel en materieel kernministerie

Op dit artikel worden ten slotte de personele en materiële uitgaven voor de stafdiensten, de facilitaire diensten en de zorgbrede directies verantwoord. De geraamde uitgaven zijn opgenomen in de tabel «Budgettaire gevolgen van beleid».

Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien

99.1 Algemeen

Dit artikel heeft een technisch-administratief karakter. Op het begrotingsdeel van dit niet-beleidsartikel worden middelen voor loon- en prijsbijstelling geraamd, voordat die middelen worden verdeeld over de beleidsartikelen. Ook worden er taakstellingen of extra middelen op dit artikel geplaatst die nog niet aan de beleidsartikelen zijn toegedeeld.

Begroting

Bij de 1^e suppletore wet 2006 is een structurele ramingsbijstelling opgelegd. Gezien de ervaringen van voorgaande jaren wordt er namelijk op voorhand van uitgegaan dat op de begroting van VWS € 25 miljoen niet zal worden uitgegeven. De begroting van VWS wordt daarom structureel met een bedrag van € 25 miljoen naar beneden bijgesteld. Het bedrag van € 25 miljoen is «geparkeerd» op dit artikel omdat van tevoren niet bekend is waar de onderuitputting zich zal voordoen.

Premie

Op het premiedeel van dit artikel zijn verschillende bedragen opgenomen die nog niet aan de afzonderlijke beleidsartikelen zijn toegedeeld. Daarbij gaat het eveneens vooral om de onverdeelde loon- en prijsbijstelling voor 2007 en latere jaren. Daarnaast zijn enkele taakstellingen opgenomen die nog niet aan een beleidsartikel zijn toegedeeld, zijn er bedragen gereserveerd voor bouw, en is de groei ruimte geëxtrapoleerd tot het jaar 2011.

99.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Verplichtingen	0	- 13 918	- 16 756	- 16 822	- 17 180	- 16 644	- 14 541
Uitgaven	0	- 13 731	- 16 756	- 16 822	- 17 180	- 16 644	- 14 541
Programma-uitgaven	0	- 13 731	- 16 756	- 16 822	- 17 180	- 16 644	- 14 541
Loonbijstelling	0	4 737	3 524	3 443	3 622	3 677	4 924
Prijsbijstelling	0	9 873	8 495	7 900	7 856	8 356	9 212
Onvoorzien	0	0	0	0	0	0	0
Taakstelling	0	- 28 341	- 28 775	- 28 165	- 28 658	- 28 677	- 28 677

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nominaal en onvoorzien	4,6	951,5	3 466,1	5 961,2	8 598,9	11 523,3
Totaal	4,6	951,5	3 466,1	5 961,2	8 598,9	11 523,3

PARAGRAAF VOOR DE DIENSTEN DIE EEN BATEN-LASTEN ADMINISTRATIE VOEREN

1. Baten-lastendienst College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)

Inleiding

De baten-lastendienst College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (aCBG) voert werkzaamheden uit voor een drietal opdrachtgevers:

- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen: Het aCBG ondersteunt de taken van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, een zelfstandig bestuursorgaan. Het aCBG is de uitvoeringsorganisatie van het college en functioneert als zijn secretariaat. De taken van het college zijn neergelegd in artikel 29, lid 1, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (wordt artikel 9, lid 1, van de Geneesmiddelenwet). Deze taken bestaan uit de beoordeling, de registratie en de bewaking van humane geneesmiddelen in zowel nationaal als internationaal verband. Bij het inzetten van de expertise staat het belang van de geneesmiddelengebruiker centraal. Het College dient geneesmiddelen te beoordelen op louter wetenschappelijke gronden, zonder rekening te houden met politieke en economische gronden. Bij de beoordeling staan de kwaliteit en de werkzaamheid van het geneesmiddel – en de mogelijke schadelijkheid – voor de gezondheid van de gebruiker van geneesmiddelen centraal. De baten-lastendienst verricht zijn werkzaamheden in nauw overleg met zijn wettelijke opdrachtgever.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen maakt formeel per 1 januari 2005 deel uit van het aCBG. Het BNV ondersteunt de minister van VWS bij de beoordeling van voedingsmiddelen met een gezondheidsclaim. Een nieuw voedingsmiddel is een voedingsmiddel of voedsel ingrediënt dat vóór 15 mei 1997 niet in significante mate in Europa werd geconsumeerd. Een aanvraag moet worden ingediend bij de bevoegde autoriteit van één van de Europese lidstaten en moet tegelijkertijd worden aangemeld bij de Europese Commissie. In Nederland is de bevoegde autoriteit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De minister vraagt het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen van het CBG om een wetenschappelijke beoordeling van de veiligheid voor de consument. Bij zijn werkzaamheden maakt het bureau gebruik van de expertise van een onafhankelijke commissie van deskundigen: de commissie Veiligheidsbeoordeling Nieuwe Voedingsmiddelen (VNV).
- Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit: Het Bureau Diergeneesmiddelen maakt formeel per 1 maart 2005 onderdeel uit van het aCBG. Het BD ondersteunt de Minister van LNV bij de beoordeling, registratie en bewaking van diergeneesmiddelen in nationaal en internationaal verband.

Begroting van baten en lasten

Tabel 1.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BATEN							
opbrengst moederdepartement	0	225	225	225	225	225	225
opbrengst overige departementen	0	300	300	300	300	300	300
opbrengst derden	22 152	28 185	30 335	30 952	31 582	32 220	32 879
Rentebaten	109	80	80	80	80	80	80
buitengewone baten	11	0	0	0	0	0	0
exploitatiebijdrage	0	0	0	0	0	0	0
Totaal baten	22 272	28 790	30 940	31 557	32 187	32 825	33 484
LASTEN							
apparaatskosten							
* personele kosten	11 536	13 724	14 253	14 538	14 830	15 127	15 427
* materiële kosten	10 903	14 290	15 973	16 298	16 629	16 962	17 312
ZBO College	326	340	360	367	374	382	391
Rentelasten	0	0	0	0	0	0	0
afschrijvingskosten							
* materieel	311	354	354	354	354	354	354
* immaterieel	0	0	0	0	0	0	0
dotaties voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
buitengewone lasten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	23 076	28 708	30 940	31 557	32 187	32 825	33 484
Saldo van baten en lasten	- 804	82	0	0	0	0	0

Baten

Opbrengst moederdepartement

Het aCBG verwacht voor het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen een opbrengst ad € 0,2 miljoen.

Opbrengst overige departementen

Betreft verwachte bijdrage van het ministerie van LNV voor beleids-ondersteuning in het kader van diergeneesmiddelen.

Opbrengst derden

Het aCBG verwacht voor 2007 in navolging van de productiegroei van voorgaande jaren een substantiële groei. Deze groei zal blijven doorgaan naar 2010, zij het in mindere mate. In algemene termen wordt de groei in productie veroorzaakt door de uitbreiding van de EU en wijzigingen in de Europese wet-en regelgeving.

Voor het op de markt brengen van een geneesmiddel moet door de registratiehouder jaarlijks een vergoeding worden betaald. Voor 2007 is € 11,3 miljoen begroot voor allopatisch geregistreerde geneesmiddelen. Daarnaast zijn jaarvergoedingen van de EMEA (European Medicines Agency) voor Europees geregistreerde geneesmiddelen die het aCBG voor EMEA heeft beoordeeld, begroot ad € 0,5 miljoen. Naast de jaarvergoedingen verwacht het aCBG voor 2007 een vergoeding voor de beoordeling van Nationale aanvragen ad € 4,9 miljoen, een vergoeding voor de beoordeling van de Europese aanvragen ad € 4,5 miljoen en een vergoeding voor de beoordeling van EMEA-aanvragen ad € 6,8 miljoen.

Voor de beoordeling van Diergeneesmiddelen is een vergoeding van € 2,3 miljoen begroot.

De tarieven zijn gebaseerd op het Besluit registratie geneesmiddelen (BRG) en het Besluit vergoedingen wet op de geneesmiddelen-voorziening. Gezien de wettelijke regel dat het CBG geen winst mag behalen, zijn deze kostendekkend vastgesteld.

Rentebaten

Het doorlopend positieve saldo op de rekening-courant genereert de rentebaten.

Lasten

Apparaatskosten

Personeel

Om de verwachte productiegroei te realiseren is extra personeel nodig. Het CBG wil deze uitbreiding voorzichtig realiseren door de komende jaren geleidelijk het directe personeel uit te breiden met 8–9%. Het CBG gaat er namelijk vanuit dat ondanks forse productiegroei ook een efficiency-slag gemaakt kan worden.

Als gevolg van de toegenomen hoeveelheid werk is uitgegaan van 173 fte bezetting en inhuur werkzaam bij het aCBG. Daarnaast betreft het de kosten van scholing, reiskosten, wachtgelden en overige personeelskosten. In totaal gaat het om een bedrag van ad € 14,3 miljoen.

Materiële kosten

Een productiegroei betekent eveneens een stijging van de kosten van inzet van externen zoals het RIVM, het Centraal Instituut voor Dierziekte-Controle (CIDC), RIKILT – Instituut voor Voedselveiligheid en de stichting Landelijke Registratie en Evaluatie Bijwerkingen (Lareb).

In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het RIVM beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied (€ 6 miljoen). De stichting Lareb registreert meldingen van bijwerkingen in het kader van geneesmiddelenbewaking (€ 1,8 miljoen). Daarnaast heeft het aCBG bij diverse ziekenhuizen specialisten in dienst, die specifieke kennis hebben op bepaalde terreinen. De kosten hiervan bedragen op dit moment ad € 0,7 miljoen. In het kader van de registratie van diergeneesmiddelen verrichten het RIVM, CIDC en Rikilt beoordelingswerkzaamheden. De kosten hiervan bedragen op dit moment € 1,0 miljoen.

Het aCBG zal in 2007 haar logistieke processen vergaand digitaliseren. Hierdoor zal een reorganisatie noodzakelijk zijn. Aangezien de consequenties van de reorganisatie nog niet goed zijn in te schatten is hiervoor vooralsnog geen last opgenomen in deze begroting.

Daarnaast heeft het aCBG dringend behoefte aan nieuwe huisvesting. Deze zal naar verwachting in 2007 worden gerealiseerd. Hiervoor is een bedrag begroot van € 2,4 miljoen.

De totale kosten bedragen € 16,0 miljoen. Hierin zijn tevens inbegrepen de kosten van huisvesting ad € 1,6 miljoen, automatisering ad € 0,7 miljoen en diverse overige kosten ad € 1,8 miljoen.

ZBO College

De kosten van het ZBO College ter Beoordeling van Geneesmiddelen bedragen € 0,4 miljoen.

Afschrijvingskosten

De afschrijvingskosten bedragen € 0,4 miljoen. De afschrijvingskosten bedragen voor meubilair en kantoorapparatuur € 0,1 miljoen en hard- en software € 0,3 miljoen. De afschrijvingstermijnen bedragen voor software 3 jaar, automatiseringsapparatuur 3 jaar, kantoorapparatuur 7 jaar en meubilair 5 – 10 jaar.

Tabel 1.2: Kasstroomoverzicht 2007 (bedragen x € 1000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Rekening courant RHB 1 januari (incl. deposito)	8 138	10 694	4 948	5 102	5 256	5 410	5 564
2. Totaal operationele kasstroom	3 197	- 3 164	354	354	354	354	354
3. Totaal investeringskasstroom	- 641	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200
3a. -/- totaal investeringen	- 641	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200
3b. +/- totaal boekwaarde des-investeringen				-	-	-	-
4. Totaal financieringskasstroom		- 2 382	0	0	0	0	0
4a. -/- eenmalige uitkering aan moederdepartement	-	- 5 982	-	-	-	-	-
4b. +/- eenmalige storting door moederdepartement	-	3 600	-	-	-	-	-
4c. -/- aflossingen op leningen	-	-	-	-	-	-	-
4d. +/- beroep op leenfaciliteit	-	-	-	-	-	-	-
5. Rekening courant RHB 31 december (incl. deposito) (=1+2+3+4) (maximale roodstand 0,5 miljoen euro)	10 694	4 948	5 102	5 256	5 410	5 564	5 718

Eigen vermogen

Het excessief eigen vermogen over 2002 ad € 0,3 miljoen en over 2003 ad € 1,1 miljoen is in 2005 teruggevorderd en wordt in 2006 terugbetaald. Het onverdeeld resultaat 2004 wordt in overleg met de SG in 2006 aangewend om een document-management en workflowmanagement-systeem te implementeren.

2. Baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)

Inleiding

Het CIBG is opgericht in 2000 en is sinds 1 januari 2003 een baten-lastendienst. De organisatie bestaat uit een centrale organisatie en tien uitvoerende eenheden. Met ingang van 2007 zullen nog twee eenheden aansluiten.

Het CIBG bedient zorgaanbieders, burgers en bedrijven.

De kerntaak van het CIBG is het registreren, beheren, genereren, beoordelen en verstrekken van vertrouwelijke (zorg)informatie, zoals:

- Registratie, erkenning en informatie voor beroepsbeoefenaren in de Nederlandse Gezondheidszorg;

- Registratie en bedrijfsvoering tuchtcolleges;
- Ambtelijke ondersteuning en bedrijfsvoering toetsingscommissies euthanasie;
- Verwerking van aanvraag, productie en uitgifte UZI-passen;
- Registratie en informatie wilsbeschikkingen met betrekking tot orgaan- en weefseldonatie;
- Vaststellen vergoedingslimieten en maximumprijzen van geneesmiddelen;
- Verlenen van vergunningen en ontheffingen voor farmacie en opiumwet.

Begroting van baten en lasten

Tabel 2.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1000)							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baten							
opbrengst moederdepartement	7 746	11 259	13 576	13 276	13 276	13 276	13 276
opbrengst exploitatiebijdrage VWS	7 863						
opbrengst derden	2 565	1 945	2 431	2 431	2 431	2 431	2 431
rentebaten	35	10	10	10	10	10	10
buitengewone baten	634	0	0	0	0	0	0
exploitatiebijdrage							
Totaal baten	18 843	13 214	16 017	15 717	15 717	15 717	15 717
Lasten							
apparaatskosten	17 426	12 719	14 907	14 507	14 507	14 507	14 507
– personele kosten	7 773	6 107	7 907	7 907	7 907	7 907	7 907
– materiële kosten	8 727	6 612	7 000	6 600	6 600	6 600	6 600
– huisvestingskosten	926						
rentelasten	13	30	113	76	59	43	44
afschrijvingskosten	159	465	907	1 180	1 180	1 140	1 140
– materieel	159	285	367	400	400	400	400
– immaterieel	0	180	540	780	780	740	740
dotaties voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
buitengewone lasten	846	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	18 444	13 214	15 927	15 763	15 746	15 690	15 691
Saldo van baten en lasten	399	0	90	– 46	– 29	27	26

Baten

Opbrengst moederdepartement

De baten worden grotendeels gevormd door de opdrachten voor het RIBIZ (BIG-register, Vakbekwaamheidverklaringen, Verwijspunt), Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, Tuchtcolleges, UZI-register, Farmatec en Donorregister. Daarnaast verricht het CIBG activiteiten in het kader van het project SBVz (Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg).

In 2007 zal het CIBG mogelijk worden uitgebreid met een aantal nieuwe taken. Omdat de financiële omvang van deze taken nog onvoldoende bekend is zijn zij nog niet als zodanig in de begroting 2007 opgenomen, maar worden onderstaand als PM vermeld.

- Uitvoering van de Wet toelating Zorginstellingen (WTZi);
- De registratie van Donoren kunstmatige bevruchting;
- De databank Maatschappelijke Verantwoording;
- Toetsingscommissie levensbeëindiging vroeggeborenen;

- Uitvoering subsidieverlening palliatieve zorg;
- Assessment artsen met buitenlands diploma.

Tabel 2.2: Overzicht opbrengst moederdepartement (bedragen x € 1000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>BIG-register</i>	786	887					
<i>Verwijspunt</i>	361	340					
<i>Vakbekwaamheidverklaringen</i>	1205	920					
RIBIZ	2 352	2 147	2 486	2 486	2 486	2 486	2 486
Regionale toetsingscie Euthanasie	762	772	772	772	772	772	772
Donorregister	3 937	3 199	3 157	3 157	3 157	3 157	3 157
Farmatec	695	641	636	636	636	636	636
Tuchtcolleges			2 925	2 925	2 925	2 925	2 925
UZI-register		4 500	3 600	3 300	3 300	3 300	3 300
Exploitatiebijdrage	7 863						
Overige							
Totaal	15 609	11 259	13 576	13 276	13 276	13 276	13 276

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:

- registratieheffing bij inschrijving in het BIG-register;
- verleende vergunningen en verloven (Farmatec);
- registratieheffing bij inschrijving Stichting Kwaliteitsregister Paramedici;
- verkoop van medicinale cannabis.

Tabel 2.3: Overzicht opbrengst derden (bedragen x € 1000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BIG-register (RIBIZ)	626	619	880	880	880	880	880
Farmatec	1 348	1 033	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250
Kwaliteitsregister	38	27	35	35	35	35	35
BMC	553	266	266	266	266	266	266
Totaal	2 565	1 945	2 431	2 431	2 431	2 431	2 431

Lasten

Personele kosten

De opdrachtenportefeuille van het CIBG wordt vooral beïnvloed door toe- of afname van opdrachten van de opdrachtgevers (VWS).

Materiële kosten

De materiële kosten bestaan uit algemene materiële kosten en huisvestingskosten. De algemene materiële kosten bestaan onder andere uit: bureaunkosten, inhuur van derden (geen uitzendkrachten), exploitatie automatisering, drukwerk en voorlichting, porto- en telefoonkosten, vacatiegelden, reiskosten. Het aandeel inhuur derden in de materiële

lasten is bij het CIBG relatief hoog in verband met de uitbesteding van het delen van het onderhoud op ICT-systemen en ten behoeve van de voor VWS uit te voeren grootschalige ICT-opdrachten zoals het UZI-register en het project SBVz. Het gemiddelde uurtarief ligt rond de € 130,00 incl. BTW.

Het CIBG is gehuisvest in huurpanden op meerdere locaties: Den Haag (hoofdlocatie), Kerkrade (donorregister), en uitvoeringsunits in Groningen, Zwolle, Eindhoven, Arnhem, Den Haag en Amsterdam. Het aandeel van de totale huisvestingskosten in de materiële lasten bedraagt in 2007 ruim € 1,2 miljoen.

Rentelasten

De rentelasten bestaan uit de verschuldigde rente (3,6%) 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 2006 en 2007 is weergegeven in onderstaande tabel. De afschrijving van de investering in de immateriële activa in 2006 start pas in 2007.

Tabel 2.4: Verloopoverzicht activa (bedragen x € 1000)								
	Afschrijvingstermijn	Boek- waarde 1-1-2006	Investe- ring 2006	Afschrij- vingen 2006	Boek- waarde 31-12- 2006	Investe- ring 2007	Afschrij- vingen 2007	Boek- waarde 31-12- 2007
Inventaris	10	354	300	122	532	100	100	532
Automatisering	3	273	100	139	234	825	242	817
Overige	5	51	20	24	47	20	25	42
Immaterieel	5	1 093	*2 170	180	3 083	*600	540	3 143
Totaal		1 771	2 590	465	3 896	1 545	907	4 534

* Afschrijving investering immaterieel in 2006 start in 2007

Tabel 2.5: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Rekening-courant RIC 1 januari (incl. deposito)	2 648	3 632	2 924	3 047	3 094	3 158	2 530
2. Totaal operationele kasstroom	2 641	465	997	1 134	1 151	1 167	1 166
3. Totaal investeringskasstroom	- 657	- 2 590	- 1 545	- 225	- 225	- 975	- 225
3a -/- Totaal investeringen	- 657	- 2 590	- 1 545	- 225	- 225	- 975	- 225
3b + Totaal boekwaarde des-investeringen	0	0	0	0	0	0	0
4. Totaal financieringskasstroom	- 1 000	1 417	671	- 862	- 862	- 820	- 820
4a -/- Eenmalige uitkering aan moederdepartement	- 1 000	- 777	0	0	0	0	0
4b + Eenmalige storting door moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
4c -/- Aflossing op leningen	0	- 306	- 654	- 862	- 862	- 820	- 820
4d + Beroep op leenfaciliteit	0	2 500	1 325	0	0	0	0
5 Rekening-courant RIC 31 december	3 632	2 924	3 047	3 094	3 158	2 530	2 651

Toelichting op het kasstroomoverzicht

De eenmalige storting aan het moederdepartement in 2006 heeft betrekking op de afroming van het eigen vermogen. In overleg met de eigenaar wordt een vordering op het moederdepartement afgeboekt ten laste van het onverdeelde resultaat.

3. Baten-lastendienst Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)**Inleiding**

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 opgedragen en bekostigd worden door andere opdrachtgevers, m.n. andere ministeries, provincies en internationale organisaties.

Met ingang van 2006 is het RIVM tevens belast met de uitvoering van taken op het gebied van programmatische preventie (screeningsprogramma's). Vanaf 1 januari 2007 of zo snel als na die datum mogelijk is, voert het RIVM ook de regie over het Rijksvaccinatieprogramma. In dat kader worden de landelijke en regionale eenheden (entadministraties) ondergebracht in het RIVM. Baten en lasten van het RIVM zullen als gevolg hiervan naar verwachting met ca. € 120 miljoen stijgen. De lasten betreffen voor ongeveer de helft aankopen van vaccins bij de baten-lastendienst NVI. De definitieve cijfers zullen te gelegener tijd in de begrotingsstukken worden verwerkt. Het Milieu- en Natuurplanbureau (MNP) behoorde tot 1 januari 2006 tot de RIVM-organisatie. Per genoemde datum is het MNP overgegaan naar het ministerie van VROM.

Begroting van baten en lasten

Tabel 3.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baten							
Opbrengst VWS eigenaar	36 484	16 328	15 683	15 683	19 888	19 888	19 888
Opbrengst VWS opdrachtgevers	61 783	68 138	62 784	62 767	62 767	62 767	62 767
Opbrengst VROM	61 005	39 841	34 647	34 647	34 647	34 647	34 647
Opbrengst LNV	2 686	500	500	500	500	500	500
Opbrengst overige ministeries	3 929	2 727	2 727	2 727	2 727	2 727	2 727
Opbrengst derden	36 228	42 135	41 135	40 135	40 135	40 135	40 135
Rentebaten	664	218	194	197	209	209	209
Vrijval voorzieningen	2 797	2 667	2 233	1 841	1 606	1 522	1 315
Buitengewone baten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal baten	205 576	172 555	159 903	158 498	162 478	162 395	162 188
Lasten							
Apparaatskosten							
– personele kosten	87 639	78 390	77 975	77 359	76 947	76 947	76 947
– materiële kosten	106 746	89 333	77 096	76 308	80 700	80 616	80 409
Rentelasten	309	196	196	196	196	196	196
Afschrijvingskosten							
– materieel	4 085	4 172	4 172	4 172	4 172	4 172	4 172
– immaterieel	283	464	464	463	463	464	464
Dotaties voorzieningen	1 793	0	0	0	0	0	0
Buitengewone lasten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	200 855	172 555	159 903	158 498	162 478	162 395	162 188
Saldo van baten en lasten	4 721	0	0	0	0	0	0

Toelichting

De bedragen 2005 betreffen de gerealiseerde baten en lasten conform het jaarverslag 2005. De bedragen 2006 betreffen het vermoedelijk beloop op basis van zesmaandscijfers. De bedragen voor 2007 en verder zijn gebaseerd op de budgetverdeling bij de agentschapsvorming en gecorrigeerd voor overeengekomen aanvullende opdrachten. Op basis van ervaringsgegevens houdt het RIVM rekening met € 10 miljoen aanvullende opdrachten vanuit de primaire opdrachtgevers VWS en VROM. De overige omzet-bedragen zijn gebaseerd op lopende en naar verwachting nog aan te gane contracten met overige opdrachtgevers.

Baten

Opbrengst VWS-eigenaar

De geraamde baten van VWS – eigenaar zijn hoofdzakelijk bestemd voor het strategisch onderzoek en zijn overeenkomstig het bedrag dat wordt begroot op beleidsartikel 98 van de begroting van VWS.

Een bedrag van € 3,6 miljoen is beschikbaar als aanvullend huisvestings-budget. Bij de stelselwijziging rijkshuisvesting is het RIVM een structurele compensatie toegekend. Deze compensatie is naar analogie van de stelselwijziging vastgesteld op een bedrag van in totaal € 11,7 miljoen structureel vanaf het jaar 2014. Dit bedrag is in de meerjarenramingen als volgt opgenomen:

- vanaf 2004 structureel € 3,619 miljoen per jaar;
- vanaf 2009 nogmaals 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 op grond van de opdrachtbrief 2007 verwacht te verkrijgen door opdrachtverlening door beleidsdirecties VWS, IGZ en VWA. De hoogte van de 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 (zijnde uren x tarief plus projectgebonden kosten). De budgetten van de VWS-opdrachtgevers worden geraamd op de beleidsartikelen 41 en 98 van de begroting van VWS.

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 begroting van het ministerie van VROM.

Opbrengst LNV

De geraamde baten van LNV volgen uit werkzaamheden die door het ministerie van LNV worden opgedragen en betaald.

Opbrengst overige ministeries

De geraamde baten van overige ministeries hangen samen met werkzaamheden die diverse ministeries aan het RIVM ter uitvoering opdragen.

Opbrengst derden

De baten van derden verkrijgt het RIVM door het uitvoeren van werkzaamheden voor derden (waaronder de Europese Commissie, de WHO en provincies).

Rentebaten

Het doorlopend positieve saldo op de rekening-courant genereert de rentebaten.

Lasten

Personele kosten

De personeelskosten bestaan uit kosten van eigen medewerkers (€ 74,3 miljoen) en kosten voor inhuur van vervangende en extra capaciteit (€ 3,7 miljoen). De kosten van eigen medewerkers zijn opgebouwd uit salariskosten en overige personeelskosten.

Tabel 3.2: Personeelskosten (bedragen x € 1000)

	Raming 2007
Salarissen	72 256
Overige personeelskosten	1 983
Totaal	74 239
Aantal fte's o.b.v. verwachte gemiddelde bezetting	1 275
Gemiddelde kosten per fte (in €)	58 227

In de personeelskosten is een bedrag van € 3,7 miljoen opgenomen voor inhuur van vervangende en extra capaciteit.

Materiële kosten

Het bedrag voor de materiële lasten ad € 77,1 miljoen kan als volgt worden onderverdeeld:

laboratorium- en facilitaire kosten	€ 32,8 miljoen
uitbesteed en ingekocht onderzoek en advies	€ 28,4 miljoen
huurkosten huisvesting	€ 15,9 miljoen

Rentelasten

De rentelasten worden veroorzaakt door de investeringen in activa.

Afschrijvingskosten

De afschrijvingen zijn bepaald op basis van de in tabel 3 vermelde afschrijvingstermijnen.

Tabel 3.3: Afschrijvingen (bedragen x € 1000)		
	Afschrijvingstermijn in jaren	2007
Software en licenties	3	464
Gebouwinstallaties en infrastructuur	5	643
Laboratoriumapparatuur	5	2 091
Vervoermiddelen	4	253
IT + audiovisuele apparatuur	3	1 133
Facilitaire apparatuur	3	52
Totaal		4 636

De afschrijvingskosten voor 2007 omvatten de kosten van afschrijvingen op de per balansdatum 31 december 2005 aanwezige activa, vermeerderd met de kosten van afschrijvingen op de in 2006 en 2007 aan te schaffen activa.

Tabel 3.4: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1000)							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Rekening-courant 1 januari	28 494	49 864	35 224	29 912	28 046	27 621	26 284
2. Totaal operationele kasstroom	23 677	- 8 180	25	3 122	4 211	3 299	3 786
3. Totaal investeringskasstroom	- 2 948	- 4 636	- 4 636	- 4 636	- 4 636	- 4 636	- 4 636
3a -/- Totaal investeringen	2 978	4 636	4 636	4 636	4 636	4 636	4 636
3b + Totaal boekwaarde des-investeringen	30	0	0	0	0	0	0
4. Totaal financieringskasstroom	640	- 1 825	- 701	- 352	0	0	0
4a -/- Eenmalige uitkering aan moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
4b + Eenmalige storting door moederdepartement	3 500	0	0	0	0	0	0
4c -/- Aflossing op leningen	- 2 860	- 1 825	- 701	- 352	0	0	0
4d + Beroep op leenfaciliteit	0	0	0	0	0	0	0
5. Rekening-courant 31 december	49 864	35 224	29 912	28 046	27 621	26 284	25 434

Toelichting op het kasstroomoverzicht

De totale operationele kasstroom ad € -8,1 miljoen bestaat uit het exploitatieresultaat, de afschrijvingen en de mutaties van het bedrijfskapitaal. Omvang en niveau van deze kasstroom hangen samen met het betaalgedrag van opdrachtgevers en met een geïntensiveerde aandacht voor het beheer van openstaande posten (zowel aan de kosten- als aan de omzetkant).

De investeringskasstroom bestaat uit de investeringen die zijn begroot op een bedrag van € 4,6 miljoen.

Daartegenover staat, als onderdeel van de financieringskasstroom, de aflossingen op de conversielening voor vaste activa. Het aflossings-schema van de lening is gerelateerd aan de gehanteerde afschrijvingstermijnen en de daarmee samenhangende afschrijvingskosten.

Tabel 3.5 Aflossingsschema (bedragen x € 1000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
4c –/– Aflossing op leningen	1 825	701	352	0	0	0
Waarvan uhv overdracht vermogensbestanddelen	1 825	701	352	0	0	0
Waarvan uhv investeringen	0	0	0	0	0	0

4. Baten-lastendienst Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

Inleiding

Sinds 1 januari 2003 ressorteert het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) als baten-lastendienst onder onze verantwoordelijkheid. Per 1 januari 2006 is het NVI definitief baten-lastendienst geworden.

Het NVI heeft als missie: *de Nederlandse bevolking beschermen tegen infectieziekten door vaccins te leveren voor vaccinatie onder normale en bijzondere omstandigheden.*

Het NVI heeft een drietal kerntaken, te weten:

1. Levering van vaccins voor de NVV (Nederlandse Vaccin Voorziening)
2. Onderzoek en ontwikkeling op het terrein van vaccins voor de NVV.
3. Het voorhanden hebben van actuele kennis over vaccins en vaccinatie voor de professionele ondersteuning van het moederdepartement.

Het NVI kent een aantal aan de kerntaken gerelateerde activiteiten, te weten:

1. Het beschikbaar hebben van dieren ten behoeve van dierproeven binnen NVI/RIVM.
2. Dienstverlening aan het RIVM 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.

Begroting van baten en lasten

Tabel 4.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baten							
opbrengst moederdepartement	42 706	79 732	53 570	33 670	33 670	33 670	33 670
opbrengst derden	55 386	81 525	99 647	102 653	106 562	109 949	111 982
rentebaten	183	300	23	32	30	41	67
Totaal baten	98 275	161 557	153 240	136 355	140 262	143 660	145 719
Lasten							
apparaatskosten							
– personele kosten	20 584	20 544	24 295	24 295	24 295	24 295	24 295
– materiële kosten	66 858	137 384	122 760	103 912	105 280	106 466	107 177
rentelasten	419	668	960	1 633	2 108	2 158	2 074
Afschrijvingskosten							
– materieel	3 979	3 954	5 135	7 283	8 605	9 914	10 147
– immaterieel							
dotaties voorzieningen	2 625						
buitengewone lasten	802		0	0	0	0	0
Totaal lasten	95 267	162 550	153 150	137 123	140 288	142 833	143 693
Saldo van baten en lasten	3 008	– 993	90	– 768	– 26	827	2 026

De bedragen 2005 betreffen de realisatiecijfers conform het jaarverslag 2005. De bedragen 2006 betreffen de cijfers uit de ontwerpbegroting 2006. De begroting voor het jaar 2007 geeft een overzicht van de baten en lasten NVI op het prijspeil van het jaar 2006. Deze begroting is doorgezet tot en met 2011, waarbij rekening is gehouden met de te verwachten mutatie in investeringen, bijbehorende rentekosten en opbrengst derden. In 2008 stijgen de afschrijvingskosten en rentekosten harder dan de opbrengst derden waardoor een verlies ontstaat ten laste van het eigen vermogen. Vanaf 2009 stijgt de opbrengst harder dan de kosten waardoor het verlies wordt gecompenseerd ten gunste van het eigen vermogen.

De opbrengst moederdepartement bevat in 2006 en 2007 een incidentele vergoeding in verband met de aanschaf van antivirale middelen. De opbrengst derden stijgt vanaf 2006 door de invoering per 1 maart 2006 van een Pneumokokkenvaccin in het RVP en door een stijging van de exportomzet. Een en ander heeft tot gevolg dat de materiële kosten stijgen.

NVI is bezig met de ontwikkeling van een vaccin tegen RSV (Respiratoir Syncytieel Virus). In de volgende ontwikkelingsfase zal NVI gaan samenwerken met een contractpartner. Voor de periode 2007 – 2010 zullen de ontwikkelingskosten voor NVI € 27,9 miljoen bedragen (2007: € 4,5 miljoen; 2008: € 3,7 miljoen; 2009: € 8,1 miljoen en 2010: € 11,6 miljoen). Deze bedragen worden vanuit het Fonds economische structuurversterking voorgefinancierd. De voorfinanciering moet nog nader worden uitgewerkt en is nog niet cijfermatig in deze begroting verwerkt.

Inzet is om het eerder in het kader van het instellingstraject baten-lastendienst overeengekomen kostprijsmodel per 1 januari 2007 te implementeren. Daaraan voorafgaand zal nog een nacalculatie over 2004/2005 plaatsvinden en een doorrekening met de cijfers uit de begroting 2006. Op basis van de uitkomsten daarvan en eerdere bevindingen

gen van de Auditdienst zal eind 2006 definitieve besluitvorming hierover plaatsvinden. De (budgetneutrale) doorwerking hiervan in de begrotingspresentatie voor 2007 zal alsdan bij eerste suppletore wet kunnen worden verwerkt.

Baten

Opbrengst moederdepartement

De opbrengst van het moederdepartement wordt geraamd op artikel 41. In 2007 belooft de opbrengst van het moederdepartement € 53,6 miljoen. Er is rekening gehouden met volume- en efficiencykortingen.

Tabel 4.2: Opbrengst moederdepartement (bedragen x € 1 000)

VWS opdrachtgever	12 627
VWS eigenaar	6 159
Bijdrage DKTP(HibHep)	9 685
Bijdrage GMP structureel	1 993
Antivirale middelen	19 900
Overig	3 206
Totale bijdrage moederdepartement	53 570

Opbrengst derden

Onder de opbrengst derden is € 59,5 miljoen opgenomen als inkomsten AWBZ. Dat zijn de vergoedingen die de provinciale entadministraties aan het NVI betalen voor de vaccins. In 2006 is het vaccinatieprogramma uitgebreid met het Pneumokokkenvaccin (€ 33,4 miljoen in 2007). Onder de opbrengsten derden is € 12,0 miljoen opgenomen voor het uitvoeren van de griepcampagne.

De post opbrengst derden omvat in 2007 verder € 20,1 miljoen aan exportomzet (Duitsland, Spanje, Oekraïne, Korea en India) en omzet voor het verkopen van technologie, het uitvoeren van kwaliteitstesten en (projectmatige) werkzaamheden voor bedrijven en instellingen. De exportomzet is gebaseerd op de verwachte realisatie 2006 plus de geplande additionele omzet voor latere jaren. Aan GGD's, huisartsen, apotheken, groothandels, bedrijven etc. levert NVI zelf geproduceerde producten (€ 3,0 miljoen) en aangekochte producten (€ 2,0 miljoen). Onder de opbrengst derden is € 1,5 miljoen als opbrengst opgenomen van vooruitontvangen gelden voor projecten en € 0,3 miljoen aan omzet van de afdelingen Sterilisatie en Mediabereiding voor leveringen aan het RIVM. In verband met een wijziging in de doorbelasting van de kosten van het Facilitair Bedrijf wordt van het RIVM een bedrag van € 1,2 miljoen ontvangen.

Rentebaten

Rentebaten ontstaan door positieve saldi op de rekening-courant.

Lasten

Personele kosten

De personele kosten bestaan voor € 23,4 miljoen uit loonkosten. Daarnaast is € 1,1 miljoen opgenomen voor inhuur, € 0,4 miljoen voor dienstreizen, € 0,4 miljoen voor opleidingen en € 0,2 miljoen voor overige personele kosten. Met de Auditdienst is afgesproken de installatiekosten van investeringen (uitvoeren van validaties en kwalificaties) te activeren.

Een deel van de loonkosten van de betrokken afdelingen wordt doorbelast aan investeringsprojecten, dit betreft een bedrag van € 1,2 miljoen. De totale formatiebegroting bevat 418 FTE's.

Loonkosten (in € 1 000)	23 394
Aantal FTE's o.b.v. gemiddelde bezetting	418
Gemiddelde kosten per FTE (in €)	55 965

Materiële kosten

Het bedrag voor de materiële lasten ad € 122,8 miljoen kan als volgt worden onderverdeeld:

Tabel 4.3: Materiële kosten (bedragen x € 1 000)	
	2007
Onderhoudskosten	6 368
Huurkosten	6 778
Energiekosten	5 684
Productiekosten	6 546
Algemene kosten	3 407
Advieskosten/uitbestedingen	6 620
Kosten inhuur RIVM	1 266
Aangekocht product	86 091
Totaal	122 760

De energiekosten zijn ten opzichte van de begroting 2006 met € 1,5 miljoen gestegen door een stijging van de energieprijzen.

De advieskosten/uitbestedingen zijn met € 1,1 miljoen gestegen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat op een groot aantal terreinen derden in worden geschakeld. Dit heeft enerzijds te maken met regelgeving (bijvoorbeeld Europese Aanbestedingen) en anderzijds met het behouden van het GMP kwaliteitsniveau.

De kosten van «aangekocht product» bestaan voor € 19,9 miljoen uit de aanschafkosten antivirale middelen en voor € 63,2 miljoen uit de aangekochte producten voor het RVP (DKTPHib, MenC, HepB, aK en Pneumokokken) en de griepcampagne (inclusief de uitbreiding doelgroep). De overige € 2,2 miljoen betreft aangekochte producten ten behoeve van de groothandelsfunctie.

Rentelasten

De rentelasten stijgen door het aangaan van leningen voor de financiering van vaste activa. Vanaf 2006 valt hier ook de rente van de conversielening van de activa van NVI onder.

Tabel 4.4: Investerings en afschrijvingskosten (bedragen x € 1 000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Inventaris/installaties	5 471	11 090	13 500	12 000	6 400	5 000	5 000
Overig	962	460	6 600	5 800	3 100	2 500	2 500
Totaal	6 433	11 550	20 100	17 800	9 500	7 500	7 500
Afschrijvingskosten	3 979	3 954	5 135	7 283	8 605	9 914	10 147

In 2007 wordt een investeringsniveau verwacht van € 20,1 miljoen. Een aantal grote posten worden toegelicht. Het plegen van gecombineerde nieuwbouw voor zowel de Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) als de afdeling Steriele Farmaceutische Productie (SFP) start in 2006, de verwachte ingebruikname is in 2010. Deze investering is noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de sterk gestegen eisen ten aanzien van GMP. Het aanpassen van een productiefaciliteit voor het in ontwikkeling zijnde MenB-vaccin leidt tot een geschatte investering van € 2,8 miljoen. Deze investering is nodig om het gecombineerde MenB-Pneumokokkenvaccin beschikbaar te krijgen voor het RVP.

Tabel 4.5: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1 000)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1 Rekening courant RHB 1 januari (incl. Deposito)	29 005	44 393	1 452	1 927	1 804	2 362	3 690
2 Totaal operationele kasstroom	- 3 355	- 41 413	4 075	5 765	8 579	10 741	12 173
3 Totaal investeringskasstroom	6 433	11 550	20 100	17 800	9 500	7 500	7 500
3a -/- Totaal investeringen	6 433	11 550	20 100	17 800	9 500	7 500	7 500
3b + Totaal boekwaarde des-investeringen	0	0	0	0	0	0	0
4 Totaal financieringskasstroom	25 176	10 022	16 500	11 912	1 479	- 1 913	- 2 989
4a -/- Eenmalige uitkering aan moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
4b + Eenmalige storting door moederdepartement	21 343	0	0	0	0	0	0
4c -/- Aflossing op leningen	260	1 528	3 600	5 888	8 021	9 413	10 489
4d + Beroep op leningsfaciliteit	4 093	11 550	20 100	17 800	9 500	7 500	7 500
5 Rekening courant RHB 31 december (incl. deposito)	44 393	1 452	1 927	1 804	2 362	3 690	5 374

De operationele kasstroom wordt in 2005 en 2006 beïnvloed door de aanschaf van antivirale middelen. Eind 2005 is een eenmalige opbrengst van het moederdepartement ontvangen voor de betaling in 2006, dit verklaart het hoge saldo op de rekening courant ultimo 2005.

BEDRIJFSVOERINGSPARAGRAAF

In deze bedrijfsvoeringsparagraaf gaan we in op de onderwerpen in de bedrijfsvoering die specifiek in 2007 aan de orde zullen zijn. De paragraaf heeft uitdrukkelijk het karakter van een uitzonderingsrapportage. Over deze onderwerpen zullen we verantwoording afleggen in het jaarverslag 2007.

1. Financieel en materieel beheer

Subsidiebeheer

VWS heeft in een plan van aanpak maatregelen geformuleerd om het subsidiebeheer te verbeteren. Dit is gebeurd in reactie op het voornemen van de Algemene Rekenkamer om bezwaar te maken tegen het subsidiebeheer dat VWS in 2005 gevoerd heeft. Deze maatregelen zijn in 2006 doorgevoerd en houden onder andere het volgende in:

- Het opstellen van nieuwe subsidieregelgeving;
- de oprichting van een intern expertisecentrum subsidies;
- een striktere toepassing van bestaande sanctieregels richting subsidieontvangers bij onvoldoende naleving van de subsidievoorwaarden.

Daarnaast lanceren we in 2006 het zogenoemde subsidieplein. Dit is een digitaal subsidievolgsysteem. We verwachten dat de eerste effecten van deze verbetermaatregelen in 2007 zichtbaar zullen zijn.

Zorgtoeslag

In 2007 zullen voor het eerst de voorschotten van de zorgtoeslag worden afgerekend die het ministerie van Financiën in 2005 en 2006 heeft uitgekeerd. De minister van VWS is zowel beleidsinhoudelijk als budgettair verantwoordelijk voor de uitgaven die voortvloeien uit de Wet op de zorgtoeslag. De minister van Financiën is wettelijk verantwoordelijk gesteld om de zorgtoeslag uit te voeren. Hij zal zich in 2007 verantwoorden over de stand en de mutaties in de openstaande voorschotten.

2. Overige bedrijfsvoeringsaspecten

Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording (VBTB)

De VWS-begroting heeft een nieuwe opzet. Op 6 maart 2006 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer hierover geïnformeerd. Het doel van deze verandering past binnen een breder proces om beter verantwoording af te leggen over het beleid dat in de begroting gepresenteerd wordt. De artikelen in deze begroting zijn opnieuw ingedeeld om de begroting transparanter en toegankelijker te maken, en om ons meer te richten op resultaten. Die nieuwe indeling is aangepast aan de beleidsterreinen van VWS. Binnen elk artikel zijn de doelstellingen geconcretiseerd en aangepast aan de actuele beleidsontwikkelingen. Vervolgens hebben we de doelstellingen meetbaar gemaakt door prestatie-indicatoren op te nemen en zo duidelijk te maken wat we gaan doen met het geld voor een bepaalde doelstelling.

Risicomanagement

Binnen VWS werken we er in 2007 systematisch aan het risicobewustzijn verder te vergroten en meer te sturen op risico's. Deze ontwikkeling is in lijn met het kabinetsstandpunt over het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) «Regeldruk en Controletoren» en heeft als doel zowel beleids- als bedrijfsvoeringsprocessen efficiënter te beheersen.

Organisatie

VWS zal de opgelegde bezuinigingen in 2007 (efficiency, volume en het inhuren van externen) realiseren volgens de vastgestelde planning. Bij die bezuinigingen wil VWS het primaire proces zo veel mogelijk ontzien. De bezuinigingen in de bedrijfsvoering worden vooral bereikt door processen verder te stroomlijnen, overlap weg te nemen en interne dienstverlening te verminderen.

Managementinformatie

In 2007 zal binnen het kerndepartement door het management worden gestuurd op een aantal bedrijfsvoeringsonderwerpen. Hiervoor gaan we de Meetlat Indicatoren Bedrijfsvoering gebruiken, een instrument om de kwaliteit van de managementinformatie te verbeteren.

Informatiebeveiliging en bescherming persoonsgegevens

Het Voorschrift Informatiebeveiliging Rijksdienst (VIR) en de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) geven wettelijke richtlijnen over hoe om te gaan met informatiebeveiliging en (persoons)gegevens. In de tweede helft van 2005 is het kerndepartement een traject gestart waarmee zowel het VIR als de WBP verder wordt ingevoerd, gewaarborgd en onderhouden. In 2007 worden de belangrijkste maatregelen uit dit traject ook bij de laatste directies van het kernministerie ingevoerd.

Interactief Financieel Informatie Systeem (IFIS)

Is VWS met het centrale administratiesysteem IFIS goed voorbereid op de toekomst? Om deze vraag te beantwoorden, heeft VWS in 2006 een onderzoek afgerond. Dit onderzoek toont aan dat het systeem technisch robuust en stabiel is, maar dat met het oog op de toekomst een visie nodig is om te bezien of IFIS vervangen moet worden. In die visie zullen aspecten als interdepartementale samenwerking en integratie van beleids- en bedrijfsvoeringsinformatie een belangrijke rol spelen. In 2007 zullen we aan de hand van deze visie een principebesluit nemen of VWS doorgaat met IFIS, of dat het eventueel moet worden vervangen.

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). In deze bijlage bezien we de BKZ-uitgaven in samenhang en totaliteit.

Paragraaf 2 gaat in op het BKZ, de uitgavenbegrippen en de wijzigingen in de definitie ten opzichte van de begroting 2006. In paragraaf 3 komt de omvang van de uitgaven onder het BKZ die in deze begroting zijn opgenomen aan de orde. Deze wordt vergeleken met de uitgaventotalen in de begroting 2006 en met het Budgettair Kader Zorg. Ook de ontwikkeling van de zorguitgaven van jaar op jaar komt aan de orde.

Een bijzonder deel van de uitgaven wordt vervolgens afzonderlijk behandeld, de exploitatiegevolgen van bouw in de gezondheidszorg.

Paragraaf 4 toont de financiering van de uitgaven en in paragraaf 5 wordt de ontwikkeling van de premies (AWBZ en Zvw) gepresenteerd en toegelicht.

2. BKZ, uitgavenbegrippen en definitiewijzigingen

2.1. BKZ en uitgavenbegrippen

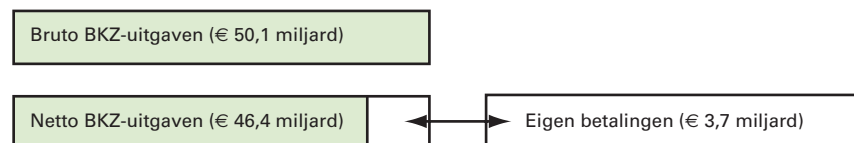
Het kabinet heeft in het Hoofdlijnenakkoord afspraken vastgelegd over de budgettaire ruimte die in de jaren tot en met 2007 beschikbaar is voor de financiering van zorguitgaven. Deze afspraken hebben geleid tot het vaststellen van een uitgavenplafond voor deze kabinetsperiode, het Budgettair Kader Zorg (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, Zvw), rijksbijdragen en eigen betalingen van patiënten. Daarnaast vallen vanaf 2007 ook de bedragen onder het BKZ die in het Gemeentefonds beschikbaar zijn voor de zorgkosten die gemeenten dragen in plaats van de AWBZ door de invoering van de Wmo, evenals het bedrag dat in 2007 in het opleidingsfonds beschikbaar is voor de opleidingskosten voor de erkende medische en tandheelkundige specialismen en de erkende bètaberoepen (ziekenhuisapotheker, klinisch fysicus en klinisch chemicus). Deze opleidingskosten maakten tot en met 2006 deel uit van de ziekenhuisbudgetten. In 2007 worden de instellingsbudgetten hiervoor geschoond en komen de bedragen beschikbaar via het opleidingsfonds op artikel 42 van de VWS-begroting.

De zorguitgaven die aan het bovengenoemde budgettaire kader getoetst worden, zijn de netto BKZ-uitgaven, dat wil zeggen de bruto BKZ-uitgaven verminderd met het gedeelte dat niet gefinancierd wordt uit collectieve lasten maar door eigen betalingen van patiënten/cliënten.

Figuur 1 geeft de relatie tussen deze twee uitgavenbegrippen en de bijbehorende (afgeronde) bedragen voor het jaar 2007.

Figuur 1 – De relatie tussen bruto en netto BKZ-uitgaven



Bron: VWS

2.2. Wijzigingen in de definitie van het BKZ

Zoals in de begroting 2006 al is aangegeven, heeft de definitie van het BKZ vanaf 2006 omvangrijke wijzigingen ondergaan. Deze hingen samen met de invoering van de Zorgverzekeringswet en de gevolgen daarvan voor de vaststelling van de zorguitgaven, het beperken van de subsidiestroom vanuit de zorgkassen en het verschuiven van de financiering van de beheerskosten van de ZBO's naar de begroting.

Ook vanaf 2007 zijn er enkele wijzigingen in de definitie van het BKZ. De omvangrijkste wijziging is het verschuiven van de middelen voor forensische zorg naar de begroting van het ministerie van Justitie. Een belangrijke wijziging in het karakter van de BKZ-uitgaven is dat vanaf 2007 niet alleen de uitgaven die moeten worden opgebracht uit zorgpremies, rijksbijdragen en eigen betalingen zorg onder het BKZ vallen, maar ook de bedragen die in het Gemeentefonds beschikbaar zijn voor de zorgkosten die gemeenten dragen in plaats van de AWBZ door de invoering van de Wmo. Deze bedragen zijn overgeheveld vanuit de AWBZ, zodat deze wijziging alleen het karakter en niet de omvang van de BKZ-uitgaven verandert. Omdat het hier gaat om bedragen in het Gemeentefonds, zijn deze uitgaven ook niet op de beleidsartikelen in deze begroting opgenomen, maar op die van het Gemeentefonds. In deze bijlage worden deze uitgaven, als onderdeel van de BKZ-uitgaven, wel weergegeven. Daarnaast vallen ook de bedragen die voor het opleidingsfonds beschikbaar zijn onder de BKZ-uitgaven. Ook de uitgaven voor het opleidingsfonds worden in 2007 niet opgebracht uit zorgpremies, rijksbijdragen of eigen betalingen, maar zijn als begrotingsgefinancierde uitgaven op artikel 42 van de VWS-begroting opgenomen.

Ten slotte zijn er op enkele artikelen (over het algemeen minder omvangrijke) verschuivingen tussen premiegefinancierde zorguitgaven en begrotingsgefinancierde uitgaven. Deze laatste categorie wordt doorgaans aangeduid met de term ijklijnmutaties.

3. De premiegefinancierde uitgaven

3.1. Uitgavenontwikkeling na de begroting 2005

In tabel 1 is te zien hoe het Budgettair Kader Zorg voor het jaar 2007 sinds het Hoofdlijnenakkoord is aangepast. Tussen Hoofdlijnenakkoord en Begroting 2007 gaat het voor € 0,9 miljard om aanpassingen op de oorspronkelijk geraamde prijsontwikkeling Nationale Bestedingen (pNB) en voor € 0,3 miljard om overboekingen naar begrotingsgefinancierde uitgaven. Voor ruim € 0,2 miljard wordt de mutatie veroorzaakt door definitiewijzigingen van het BKZ vanaf 2006. Tussen Begroting 2006 en Voorjaarsnota 2006 is het BKZ door aanpassingen van de geraamde prijsontwikkeling Nationale Bestedingen (pNB) opnieuw met € 0,2 miljard gedaald, maar vervolgens weer met € 0,1 miljard gestegen. De ijklijnmutaties tussen Voorjaarsnota 2006 en Begroting 2007 (in totaal € 0,3 miljard) bestaan grotendeels uit het overboeken van de middelen voor forensische zorg naar het ministerie van Justitie.

Tabel 1 – Ontwikkeling Budgettair Kader Zorg 2007

bedragen in € miljoen	BKZ	Netto BKZ- uitgaven	Overschrijding
Stand Hoofdlijnenakkoord	47 481	47 481	0
Stand Begroting 2006	46 030	46 336	306
Stand Voorjaarsnota 2006	45 855	46 155	300
Stand Begroting 2007	45 769	46 375	606

Tabel 2 laat de ontwikkeling van de netto BKZ-uitgaven zien vanaf de stand ontwerpbegroting 2006. Eerst worden de wijzigingen uit de 1^e Suppletore Wet weergegeven. Dan volgen de wijzigingen die daarna hebben plaatsgevonden.

Tabel 2 – Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven in de jaren 2006 t/m 2011

bedragen in € miljoen	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006	43 780,8	46 336,1	48 766,2	51 259,5	53 907,9	
<i>Uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>47 637,7</i>	<i>50 221,5</i>	<i>52 716,1</i>	<i>55 315,7</i>	<i>58 072,1</i>	
<i>Ontvangsten</i>	<i>3 856,9</i>	<i>3 885,6</i>	<i>3 950,0</i>	<i>4 056,2</i>	<i>4 164,2</i>	
Mutaties 1^e Suppletore Wet 2006						
a. Doorwerking afrekening 2005	2,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	
b. Convenant Geneesmiddelen	- 88,0	- 88,0	- 88,0	- 88,0	- 88,0	
c. Experiment fysiotherapie	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	
d. Ombuigingsbijdrage	65,0					
e. Macro loon- en prijsbijstelling (CEP 2006)	- 63,4	- 113,5	- 114,2	- 123,6	- 131,2	
f. Diversen	37,5	10,7	10,1	10,0	10,0	
g. IJklijnmutaties	- 1,0	- 7,0	- 26,8	- 30,2	- 30,6	
Stand 1e Suppletore Wet 2006	43 750,2	46 154,8	48 563,9	51 044,4	53 684,8	
<i>wv uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>47 607,1</i>	<i>50 040,4</i>	<i>52 513,9</i>	<i>55 100,6</i>	<i>57 849,0</i>	
<i>wv ontvangsten</i>	<i>3 856,9</i>	<i>3 885,6</i>	<i>3 950,0</i>	<i>4 056,2</i>	<i>4 164,2</i>	
Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers						
h. Aanvullende doorwerking afrekening 2005	- 4,9	36,3	36,3	36,3	36,3	
Maatregelen en beleidsaanpassingen						
i. Ziekenhuizen	192,0	291,0	291,0	291,0	291,0	
j. Uitgavenbeperking ziekenhuizen		- 291,0	- 291,0	- 291,0	- 291,0	
k. Dure geneesmiddelen	112,0	120,0	120,0	120,0	120,0	
l. Terugdraaien pakketmaatregelen		12,5	12,5	12,5	12,5	
m. Convenant geneesmiddelen		- 128,0	- 128,0	- 128,0	- 128,0	
n. Doelmatigheidsimpuls Verpleeghuizen		63,0	138,0	138,0	63,0	
o. OVA	26,0	97,7	100,9	105,7	111,1	
Technische en macro-economische mutaties						
p. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2007)	- 15,9	299,2	609,3	657,6	680,9	
q. IJklijnmutaties	- 32,7	- 280,4	- 280,4	- 280,4	- 280,4	
r. Overig	0,1		0,1	0,2	0,2	
Stand ontwerpbegroting 2007	44 058,6	46 375,0	49 172,7	51 706,1	54 300,3	57 085,2
<i>wv uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>47 915,5</i>	<i>50 086,9</i>	<i>52 948,8</i>	<i>55 588,7</i>	<i>58 290,8</i>	<i>61 184,7</i>
<i>wv ontvangsten</i>	<i>3 856,9</i>	<i>3 711,9</i>	<i>3 776,1</i>	<i>3 882,6</i>	<i>3 990,5</i>	<i>4 099,5</i>

Toelichting bij de mutaties in tabel 2:

a. Doorwerking afrekening 2005

Uit de voorlopige afrekening van de uitgaven 2005 bleken per saldo een structurele meevaller van € 0,3 miljoen en voor 2006 een (incidentele) financieringsmutatie van € 2,6 miljoen.

Meevallers deden zich voor bij de geneesmiddelen (€ 104,9 miljoen), hulpmiddelen (€ 96,9 miljoen) en kraamzorg (€ 35,6 miljoen). Tegenvallers deden zich onder andere voor bij de fysiotherapie (€ 28,6 miljoen), tandheelkundige specialistische zorg (€ 17,8 miljoen) en overig curatieve zorg (€ 16,3 miljoen), preventie (€ 3,6 miljoen) en ergotherapie (€ 0,8 miljoen).

Verder was voor het jaar 2005 al rekening gehouden met een volume-effect dat verwacht werd door de invoering van de no-claimteruggaveregeling in de zorgverzekeringswet (€ 170 miljoen). Bij de raming van dit bedrag is destijds uitgegaan van CPB-ramingen. Aangezien uit de afrekening forse meevallers zijn gebleken, is ervan uitgegaan dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregeling is gerealiseerd.

b. Convenant geneesmiddelen

De besparing die in 2006 wordt gerealiseerd door het convenant geneesmiddelen is naar verwachting € 88 miljoen hoger dan eerder aangenomen.

c. Experiment fysiotherapie

De prijzen in de fysiotherapie zullen in 2006 naar verwachting zo'n 8,5% stijgen, hiervan is ongeveer 3% een reguliere loonprijsstijging. Dit zorgt voor een feitelijke extra prijsstijging van 5,5% en brengt € 17 miljoen aan meerkosten met zich mee.

d. Ombuigingsbijdrage

Naar aanleiding van de uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB), dat de (incidentele) extra korting voor de periode 1 juli 2003 tot en met 31 december 2003 in strijd is geweest met wet dan wel enig beginsel van behoorlijk bestuur, heeft NZAio besloten de incidentele korting terug te draaien. Voor de AWBZ-sectoren is dit reeds in 2005 gerealiseerd en voor de cure zal dit naar verwachting in 2006 gebeuren (€ 65 miljoen).

e. Macro loon- en prijsbijstelling (CEP 2006)

De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van het Centraal Economisch Plan 2006 van het Centraal Planbureau (CPB).

f. Diversen

Dit betreft met name het terugdraaien van de eerder bij begroting 2006 voor de AWBZ-sectoren doorgevoerde intertemporele schuif van € 34 miljoen uit 2006 naar 2005.

g. IJklijnmutaties

Deze post is het saldo van mutaties, die samenhangen met overboekingen tussen het Budgettair Kader Zorg en de ijklijn Rijksbegroting eng.

h. Doorwerking herziene afrekening 2005 (excl. ziekenhuizen)

In juni zijn de zorguitgaven 2005 opnieuw afgerekend. Hiervoor is gebruik gemaakt van nieuwe (meer definitieve) cijfers van onder andere het NZAio. Uit deze herziene afrekening blijkt een structurele tegenvaller van

per saldo € 36,3 miljoen. Deze wordt veroorzaakt door een tegenvaller bij de medisch specialisten (€ 41 miljoen). Per saldo is er verder sprake van een structurele meevaller van € 4,7 miljoen. In 2006 doet zich daarnaast nog een incidentele meevaller voor van € 41,2 miljoen, omdat de beschikbare cijfers over budgetten en financiering aangeven dat de bedragen die over de jaren tot en met 2005 nog met de zorginstellingen moeten worden afgerekend (financieringsachterstand) lager uitvallen dan was aangenomen.

i. Ziekenhuizen

Uit nieuwe cijfers van het NZAio blijkt dat de volumeontwikkeling in 2005 bij de ziekenhuizen hoger is dan in het prestatiecontract Ziekenhuizen/convenant UMC's is overeengekomen. Hierdoor ontstaat een structurele tegenvaller van € 192 miljoen in 2006, die naar verwachting in 2007 zal oplopen tot € 291 miljoen.

Zoals eerder bij de voortgangsrapportage over de DBC's (TK 2005–2006, 29 248, nr. 27) is gemeld, zal daarnaast sprake zijn van een overdekking van de ziekenhuisbudgetten in 2005. Dat wil zeggen dat de omvang van de betaalde declaraties van in 2005 reeds afgesloten DBC-trajecten en de waarde van de reeds verrichte werkzaamheden aan op 31 december 2005 nog openstaande DBC's, de omvang van de NZAio-budgetten overtreft. Zoals ook in de rapportage is aangekondigd wordt thans door partijen gewerkt aan de oplossing. Die oplossing voorziet erin dat de omvang van de overdekking over 2005 nader wordt vastgesteld en de geconstateerde overdekking ongedaan wordt gemaakt, waardoor uiteindelijk de financiering over 2005, afgezien van de zogenaamde overloopschade, zal aansluiten met de budgetten van de ziekenhuizen.

Voor de raming van de omvang van de financiering over 2005 en de daaruit volgende veronderstelling over de vanaf 2006 in te halen bedragen is er dan ook vanuit gegaan dat de financiering van de budgetten en de lumpsummen in 2005 uiteindelijk gelijk zal zijn aan de omvang van de budgetten en de lump summen. De tabel laat dan ook geen effect voor het ongedaan maken van de overdekking in 2005 zien in 2006 of latere jaren.

j. Uitgavenbeperking ziekenhuizen

Om de bovenvermelde volumeoverschrijding te compenseren wordt vanaf 2007 een macrokorting van € 192 miljoen doorgevoerd. In 2007 wordt een aanvullende kortingsmaatregel genomen indien de restant-problematiek niet binnen het prestatiecontract Ziekenhuizen/convenant UMC's wordt opgelost.

k. Dure intramurale geneesmiddelen

De budgettaire consequenties van de beleidsregel dure geneesmiddelen nemen in de periode 2005 tot en met 2007 naar verwachting toe met € 198 miljoen in 2007. De oorzaak hiervan is gelegen in de aanpassing van de beleidsregel dure geneesmiddelen. Het variabele vergoedingspercentage van maximaal 75% is vanaf 2006 gewijzigd in een voor ieder ziekenhuis gelijk vergoedingspercentage van 80% van de kosten van een geneesmiddel dat op grond van de beleidsregel voor vergoeding in aanmerking komt. Verder groeit het gebruik van bestaande dure geneesmiddelen en worden er jaarlijks op grond van de beleidsregel nieuwe middelen voor vergoeding in aanmerking genomen. Het laatste is met name in 2006 het geval.

In de ramingen voor de periode 2005 tot en met 2007 is rekening gehouden met € 52 miljoen in 2006 en € 78 miljoen vanaf 2007. Dit leidt

tot extra uitgaven van € 112 miljoen in 2006 en € 120 miljoen structureel vanaf 2007. De raming voor de ziekenhuizen wordt hiervoor opgehoogd zodat patiënten die deze dure geneesmiddelen nodig hebben, zoals sommige groepen kankerpatiënten, deze kunnen blijven krijgen.

l. Terugdraaien pakketmaatregelen

Per 1 januari 2004 is de pakketmaatregel ingevoerd om de eerste IVF-behandeling niet langer te vergoeden. Op verzoek van de Tweede Kamer is deze maatregel teruggedraaid per 1 januari 2007. Dit levert een tegenvaller op van € 18 miljoen. Hiervan wordt € 8 miljoen gedekt door een veronderstelde doelmatigheidswinst.

De Tweede Kamer heeft ook aangedrongen op versoepeling van de pakketmaatregel waardoor de buikwandcorrectie niet langer vergoed wordt. Hieraan willen wij onder strikte voorwaarden tegemoetkomen. Het zal hierbij moeten gaan om aantoonbare lichamelijke functiestoornissen bij een beperkt aantal indicaties, strak geprotocolleerd en objectief vast te stellen. Dit levert naar verwachting een tegenvaller op van € 2,5 miljoen.

m. Convenant geneesmiddelen

De besparing die in 2007 wordt gerealiseerd door het convenant geneesmiddelen is naar verwachting € 128 miljoen hoger dan eerder aangenomen. Deze komt bovenop de extra structurele opbrengst in 2006.

n. Doelmatigheidsimpuls verpleeghuizen

Naar aanleiding van het NZAio-rapport over verpleeghuizen zijn voor 5 jaar extra middelen toegekend ten behoeve van de verhoging van de doelmatigheid in verpleeghuizen.

o. OVA

De incidentele loonontwikkeling in de OVA is hoger vastgesteld dan waar eerder van was uitgegaan. Dit leidt tot een oplopende reeks.

p. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2007)

De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de Macro-Economische Verkenning 2007 van het Centraal Planbureau (CPB).

q. IJklijnmutaties

Deze post is het saldo van mutaties, die samenhangen met overboekingen tussen het Budgettair Kader Zorg en de ijklijn Rijksbegroting eng. Het betreft voornamelijk de verschuiving van de uitgaven forensische zorg naar de begroting van het ministerie van Justitie.

3.2. Bouw

Algemeen

Met ingang van 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking getreden. De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) zijn tegelijkertijd ingetrokken. Met de WTZi komen er minder regels bij het toelaten, plannen en instandhouden van instellingen.

Zorginstellingen die zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet of AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt, hebben een toelating nodig. Als een instelling gebouwd, uitgebreid of gerenoveerd moet worden, kan daarvoor een vergunning vereist zijn. Deze projecten vallen dan onder het bouwregime. De projecten die niet onder het bouwregime vallen kunnen de zorginstellingen realiseren uit hun opgebouwde trekkingsrechten voor instandhoudingsinvesteringen.

Het belangrijkste uitvoeringsorgaan van het beleid is het College bouw zorginstellingen (CBZ).

Instandhoudingsbouw

De instandhoudingsbouw bestaat uit twee groepen: vergunningsplichtige instandhoudingsbouw 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 instandhoudingsinvesteringen 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.

Wij stellen eens in de twee jaar het bouwprogramma vast (bestuurlijke actualisatie). Daarbij 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.

Tabel 3 geeft het huidige exploitatiekader weer per sector voor de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw.

Tabel 3 Exploitatiekader vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2005 bedragen in € miljoen					
Sector	2006	2007	2008	2009	2010
Ziekenhuizen	20,5	31,2	31,2	31,2	28,8
Verpleeghuizen	27,1	40,8	22,0	6,6	6,6
Verzorgingshuizen	37,0	72,1	57,0	25,8	7,2
Geestelijke gezondheidszorg	11,2	17,2	31,8	30,7	14,7
Gehandicaptenzorg	10,7	16,6	9,2	9,2	9,2
Totaal	106,5	177,8	151,2	103,4	66,5

Bron: VWS

De vergunningsplichtige instandhoudingsbouw

De raming exploitatielasten van het actuele bouwprogramma voor de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw zijn per sector weergegeven in tabel 4. De bedragen voor de sectoren verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn nog voorlopig, omdat de werkzaamheden rondom de actualisering nog niet zijn afgerond.

Tabel 4 Raming exploitatielasten vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2005 bedragen in € miljoen					
Sector	2006	2007	2008	2009	2010
Ziekenhuizen	20,5	30,7	28,7	37,1	39,4
Verpleeghuizen	27,4	42,9	53,7	14,8	0,0
Verzorgingshuizen	37,3	72,1	82,7	8,3	0,0
Geestelijke gezondheidszorg	11,1	13,5	23,7	9,5	1,8
Gehandicaptenzorg	10,3	16,5	25,3	13,4	14,1
Totaal	106,5	175,6	214,1	83,0	55,3

Bron: VWS

Meldingsregeling: Incidentele instandhoudingsinvesteringen (niet-vergunningsplichtig)

Bij invoering van de WTZi is de uitvoering door het CBZ van de meldingsregeling komen te vervallen. Het systeem van trekkingsrechtenopbouw (WTG beleidsregel «Instandhoudingsinvesteringen») is vooralsnog gehandhaafd. Dit betekent dat de instellingen zelf beslissen over het moment van verzilveren van hun opgebouwde trekkingsrechten.

De raming van de exploitatielasten van de benutting van de trekkingsrechten is in tabel 5 opgenomen.

Tabel 5 Raming exploitatielasten benutting trekkingsrechten (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2005 bedragen in € miljoen					
	2006	2007	2008	2009	2010
Trekkingsrechten	91	117	126	89	81

Bron: VWS

Uitbreidingsbouw

De vergunningsplichtige uitbreidingsbouw maakt deel uit van de totale groeiruimte van een sector en vindt plaats om extra productie te kunnen realiseren.

In tabel 6 zijn de exploitatielasten van het actuele bouwprogramma voor de uitbreidingsbouw weergegeven. De bedragen voor de sectoren verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn nog voorlopig, omdat de werkzaamheden rondom de actualisering nog niet zijn afgerond.

Tabel 6 Raming exploitatielasten vergunningsplichtige uitbreidingsbouw (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2005 bedragen in € miljoen

Sector	2006	2007	2008	2009	2010
Ziekenhuizen	9,5	12,3	2,0	0,4	0,0
Verpleeghuizen	144,6	213,6	127,4	3,0	0,0
Verzorgingshuizen	- 1,8	- 66,8	- 52,9	- 6,0	0,0
Geestelijke gezondheidszorg	25,9	43,3	37,2	9,8	0,0
Gehandicaptenzorg	39,8	21,3	23,3	4,9	0,0
Totaal	217,9	223,6	137,0	12,0	0,0

Bron: VWS

3.3. Zorguitgaven per artikel

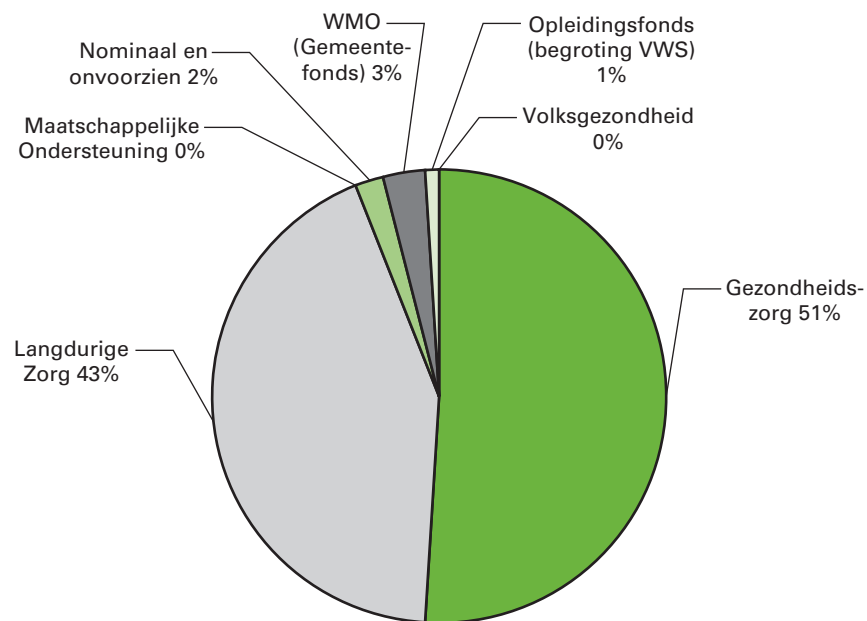
Tabel 7 geeft een overzicht van de (bruto) zorguitgaven per artikel, zoals ook gepresenteerd in de toelichting op de beleidsartikelen. De bruto zorguitgaven, die hier en in de beleidsartikelen zijn opgenomen, kunnen verschillen van de bruto BKZ-uitgaven. De zorguitgaven sluiten voor de instellingen aan bij de budgetten, terwijl bij de BKZ-uitgaven ook vertragingen en versnellingen in de financiering van de budgetten (de zogeheten mutaties financieringsachterstanden) meetellen. De verhouding tussen de verschillende sectoren wordt duidelijk in figuur 2.

Tabel 7 Verdeling van de zorguitgaven per artikel

(bedragen in € miljoen)	2007
Volksgezondheid	52,2
Gezondheidszorg	25 447,6
Langdurige Zorg	21 563,1
Maatschappelijke Ondersteuning	156,5
Nominaal en onvoorzien	951,5
WMO (Gemeentefonds) ¹	1 279,3
Opleidingsfonds (Begroting VWS)	636,7
Totaal bruto zorguitgaven	50 086,9

¹ Met de VNG is overeengekomen om voor de overheveling van de middelen voor de Wmo uit te gaan van 2005 als ijkjaar. Dit brengt met zich mee dat deze middelen bij overheveling zowel voor 2006 als 2007 geïndexeerd moeten worden. De indexering voor 2006 en 2007 is in de tabel nog niet meegenomen. Het gevolg hiervan is wel dat de septembercirculaire niet exact aansluit bij de stand van de gemeentefondsbegroting.

Figuur 2 – Procentuele verdeling bruto zorguitgaven 2006 per artikel



Tabel 8 geeft de ontwikkeling aan van de zorguitgaven op de beleidsartikelen. De ontwikkeling tussen 2005 en 2006 en tussen 2006 en 2007 is daarbij onderverdeeld naar de oorzaak van de ontwikkeling: volume, nominaal of technisch.

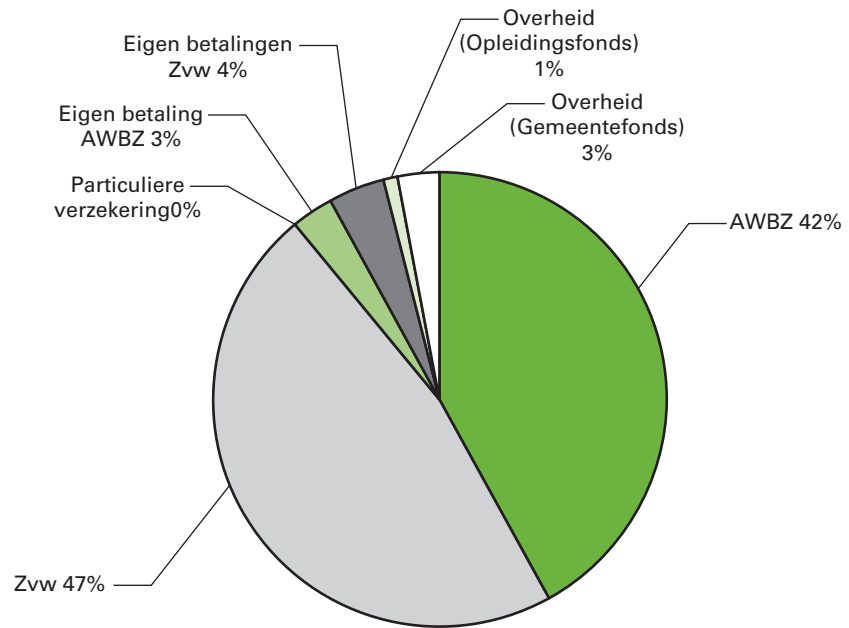
Tabel 8 Horizontale uitgavenontwikkeling zorgsectoren									
Artikel	uitgaven 2005	volume	nominaal	tech- nisch	uitgaven 2006	volume	nominaal	tech- nisch	uitgaven 2007
Volksgezondheid	200,9	6,2	0,5	- 146,5	61,1	0,8	- 1,6	- 8,1	52,2
Gezondheidszorg	23 350,2	842,6	544,0	641,1	25 377,9	556,2	120,8	- 607,3	25 447,6
Langdurige Zorg	22 530,7	570,4	391,8	- 1 197,6	22 295,3	790,3	154,2	1 676,8	21 563,1
Maatschappelijke ondersteuning	159,6	- 4,9	1,8	0,0	156,5	0,0	0,0	0,0	156,5

4. Financiering

De financiering van de bruto BKZ-uitgaven laat zich in een aantal categorieën uitsplitsen. Tabel 9 geeft deze verdeling voor het jaar 2007 in cijfers weer. Figuur 3 laat de verhouding tussen de verschillende financieringsbronnen zien.

Tabel 9 Financiering bruto BKZ-uitgaven	
(bedragen x € 1 000 000)	2007
AWBZ	20 865
Zvw	23 592
Particuliere verzekering	2
Eigen betaling AWBZ	1 665
Eigen betalingen Zvw	2 047
Overheid (Opleidingsfonds)	637
Overheid (Gemeentefonds)	1 279
Totaal begroting 2007	50 087

Figuur 3 - Financiering zorguitgaven 2007 in percentages



Zorgverzekeringswet

De belangrijkste uitgavenpost die resulteert uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) is natuurlijk het betalen van zorgkosten voor verzekerden door zorgverzekeraars (zie tabel 10). Daarnaast maken verzekeraars beheerskosten om de wet uit te voeren. Ook zijn er uitgaven in het kader van internationale verdragen. In 2006 en 2007 is er tot slot ook een bedrag betaald aan het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten ter dekking van de kosten van kortdurende geestelijke gezondheidszorg. Ter dekking van deze uitgaven worden er inkomensafhankelijke bijdrage geïnd, wordt er een nominale premie geheven, wordt er een rijksbijdrage verstrekt ter dekking van de fictieve premielast van kinderen en wordt er door burgers zelf bijgedragen aan de zorgkosten via de no-claimteruggaveregeling en het eigen risico.

Tabel 10 Uitgaven en inkomsten Zvw (bedragen x € 1 miljard)

	2006	2007
Uitgaven ten laste van de macropremielast ¹		
– Zorguitgaven verzekeraars	25,0	25,4
– Bijdrage voor GGZ aan AWBZ	2,5	2,8
– Uitgaven internationale verdragen	0,2	0,2
– Beheerskosten/saldi verzekeraars	0,9	1,2
– Totaal	28,6	29,7
Inkomsten		
– Inkomensafhankelijke bijdrage	14,5	14,9
– Nominale premie	9,8	11,1
– Rijksbijdrage kinderen	1,9	1,9
– Eigen betalingen	2,1	2,1
– Totaal	28,2	29,9

¹ BKZ relevant zijn hiervan de zorguitgaven van de verzekeraars plus de uitgaven in verband met internationale verdragen (afgerond samen € 25,6 miljard in 2007). Dit bedrag komt overeen met de optelling van de posten Zvw en eigen betaling Zvw uit tabel 9.

De Zvw wordt uitgevoerd door verzekeraars. Naast de individuele verzekeraars is er een zorgverzekeringsfonds (ZVF). Dit fonds ontvangt de inkomensafhankelijke bijdrage en de rijksbijdrage voor kinderen. Uit het ZVF ontvangt elke verzekeraar een bedrag ter gedeeltelijke dekking van hun zorguitgaven. Dit bedrag houdt rekening met het risicoprofiel van de verzekerden bij die verzekeraar. Daarnaast ontvangen ze uit het ZVF een vergoeding voor de beheerskosten van kinderen. Uit het ZVF wordt verder de bijdrage aan de AWBZ ten behoeve van de GGZ voldaan en vinden rechtstreekse betalingen plaats op grond van internationale verdragen en subsidies.

De uitgaven voor zorg komen geheel ten laste van de verzekeraars. Omdat verzekeraars deze uitgaven niet geheel kunnen dekken uit het bedrag dat zij uit het ZVF ontvangen en de eigen betalingen, zullen zij een nominale premie moeten heffen. Die nominale premie stijgt in de raming van 2006 op 2007 met ruim € 100 (van € 1 030 tot € 1 134). De nominale premie wordt vastgesteld door de verzekeraars en kan dus ook anders uitkomen dan op de nu geraamde € 1 134. De inkomensafhankelijke bijdrage blijft op hetzelfde niveau als in 2006. Deze geraamde ontwikkeling is het gevolg van een aantal zaken.

Allereerst stijgen de zorguitgaven van 2006 op 2007. Die stijging van de zorguitgaven leidt tot een stijging van de nominale premie met circa € 45 en een stijging van de inkomensafhankelijke bijdrage met circa 0,15%-punt.

In de Zvw is vastgelegd dat de inkomensafhankelijke bijdrage 50% bedraagt van de macropremielast. De andere helft daarvan bestaat uit de nominale premies, de rijksbijdrage ter vervanging van kinderpremies en de eigen betalingen. Dit laatste betreft de bijdrage die burgers via de no claimregeling dragen in de zorgkosten plus de eigen betalingen in verband met het eigen risico.

In 2006 hebben de verzekeraars hun nominale premie duidelijk lager vastgesteld dan verwacht in de begroting 2006. Hierdoor maken de inkomensafhankelijke bijdragen in 2006 51% van de macropremielast uit. Voor 2007 wordt in eerste instantie de inkomensafhankelijke bijdrage zo vastgesteld dat deze naar verwachting weer 50% van de macropremielast van 2007 dekt. Dit leidt tot een daling van het aandeel van de inkomensafhankelijke bijdrage en tot een stijging van het aandeel van de nominale

premie. De stijging van het aandeel van de nominale premie leidt tot een premiestijging van circa € 30. De daling van het aandeel van de inkomensafhankelijke bijdrage leidt tot een daling daarvan met 0,15%-punt. In de wet is ook vastgelegd dat indien de verhouding achteraf niet gelijkelijk is verdeeld, er een in een volgend jaar een correctie plaatsvindt. Gegeven de omvang van de afwijking en het jojo-effect wat zou resulteren uit correctie in één jaar, is besloten om de correctie over vier jaar met ingang van 2007 te verwerken. Die correctie bestaat er uit dat via de inkomensafhankelijke bijdrage gedurende de jaren 2007–2010 iets minder dan 50% van de macropremielast zal worden opgebracht. Dit heeft een opwaarts effect op de nominale premie (van een kleine € 20) een neerwaarts effect op de inkomensafhankelijke bijdrage (van 0,05%-punt).

In 2006 ontstaat naar huidige verwachting een negatief saldo in het zorgverzekeringsfonds. Dit is in belangrijke mate het gevolg van bijstellingen van de ramingen van de zorguitgaven en de inkomensafhankelijke bijdrage over 2006. Die ramingen zijn echter nog zo voorlopig dat het kabinet er voor gekozen heeft om pas na afloop van het jaar 2006, als er ook realisaties bekend zijn van de uitgaven en de inkomsten, het ontstane tekort in het zorgverzekeringsfonds aan te zuiveren. Voor € 0,25 miljard is het negatieve saldo het gevolg van betalingen aan verzekeraars uit het Zorgverzekeringsfonds die vaststaan en samenhangen met het corrigeren van een fout die geslopen is in de bedragen die zijn toegezegd aan de verzekeraars. Omdat het hier een zekere tegenvaller betreft, wordt in 2007 via het heffen van hogere inkomensafhankelijke bijdragen en lagere bijdragen aan verzekeraars (die leiden tot hogere nominale premies) dit deel van het tekort in het zorgverzekeringsfonds weggewerkt. Dit leidt tot een opwaarts effect op de nominale premie (van een kleine € 10) en een opwaarts effect op de inkomensafhankelijke bijdrage (van 0,05%-punt).

Verzekeraars ontvangen uit het ZVF een bijdrage ter gedeeltelijke dekking van de zorgkosten die zij moeten betalen. Het andere deel dienen zij bij verzekerden te heffen via de rekenpremie. Deze rekenpremie bedraagt in 2007 (afgerond) € 1 051. Daarin zit € 255 in verband met de no claim (die verzekerden geheel of gedeeltelijk terugkrijgen afhankelijk van hun zorgkosten). Verzekeraars dienen echter ook hun beheerskosten en exploitatiesaldi¹ te dekken. Dit kunnen zij alleen door een opslag te leggen op de rekenpremie. In die opslag kunnen verzekeraars ook winsten en verliezen uit het verleden, afwijkende inschattingen ten aanzien van de zorguitgaven of risico-opslagen verwerken. Deze opslagpremie, die wordt vastgesteld door de verzekeraars, wordt voor 2007 geraamd op € 83. De totale premie komt daarmee op grond van de huidige raming uit op € 1134 (€ 1134+€ 83).

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven bij burgers. Burgers met een werkgever betalen een bijdrage van 6,5% en krijgen die bijdrage van hun werkgever vergoed. Uitkeringsgerechtigden ontvangen een bijdrage van hun uitkeringsinstantie². Burgers die geen vergoeding van hun werkgever ontvangen, betalen een lagere bijdrage van 4,4%.

De micropremies staan weergegeven in tabel 13 aan het eind van deze paragraaf.

¹ Het CBS rekent de zorgverzekeringswet op grond van Europese statistische regels gedeeltelijk tot de collectieve en gedeeltelijk tot de private sector. De in tabel a genoemde inkomsten vallen onder de collectieve sector net als de zorguitgaven, de uitgaven in verband met verdragen en de bijdrage aan de AWBZ. De beheerskosten en het exploitatiesaldo rekent men tot de private sector. Daarnaast kent het CBS een administratiekostenvergoeding van de collectieve sector aan de private sector. Deze wordt statistisch bepaald als het saldo van de nominale premie en de bijdragen uit het ZVF enerzijds en de zorguitgaven anderzijds. De post beheerskosten/saldi verzekeraars bevat de raming van deze administratiekostenvergoeding.

² Ook uitkeringsgerechtigden ontvangen een bijdrage van hun uitkeringsinstantie. AOW'ers worden geacht de bijdrage van 6,5% uit hun bruto AOW te betalen, omdat bij de bepaling van de hoogte van de bruto AOW rekening is gehouden met het betalen van de bijdrage.

Tabel 11 Exploitatie en premiestelling ZVW (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007
ZORGVERZEKERINGSFONDS		
Uitgaven	16 979,6	16 465,4
– Uitkering aan verzekeraars voor zorg	14 141,4	13 296,6
– Uitkering voor beheerskosten kinderen	178,7	178,1
– Bijdrage aan AWBZ voor GGZ	2 500,0	2 800,0
– Rechtstreeks uitgaven ZVW	159,6	190,7
Inkomsten	16 334,0	16 744,2
– Inkomensafhankelijke bijdrage	14 470,1	14 886,4
– Rijksbijdrage kinderen	1 863,9	1 857,5
– Rentebaten	0,0	0,3
Exploitatiesaldo	– 645,8	278,9
Vermogen Zorgverzekeringsfonds	– 645,8	– 366,9
INDIVIDUELE VERZEKERAARS		
Uitgaven	26 152,0	26 666,0
– Zorg	24 975,7	25 448,6
– Beheerskosten/exploitatiesaldi	1 176,3	1 217,4
Inkomsten	26 152,0	26 666,0
– Uitkering van ZVF voor zorg	14 141,4	13 296,6
– Uitkering voor beheerskosten kinderen	178,7	178,1
– Nominale rekenpremie (excl no claim)	9 018,9	10 077,1
– Nominale opslagpremie	746,5	1 039,0
– Nominale no claim premie	3 213,1	3 226,2
– No claim teruggave	– 1 146,6	– 1 151,3
Inkomensafhankelijke bijdrage normaal (%)	6,5%	6,5%
Inkomensafhankelijke bijdrage verlaagd (%)	4,4%	4,4%

De zorgtoeslag

Een van de instrumenten die wordt ingezet om de introductie van de Zorgverzekeringswet gepaard te laten gaan met aanvaardbare inkomens-effecten is de zorgtoeslag. De zorgtoeslag waarborgt dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie hoeft te betalen dan wat aan de hand van deze wet als aanvaardbaar wordt berekend. De lasten die daar boven uit stijgen komen in aanmerking voor compensatie via de zorgtoeslag.

Maatgevend voor de premielasten zijn in het kader van de zorgtoeslag niet de feitelijke, door de burger betaalde premies, maar de standaardpremie. Deze is bepaald als het gemiddelde van de premies die worden betaald in de markt, verminderd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting aan no-claim vergoeding terugontvangt. Voor de zorgtoeslag 2006 wordt uitgegaan van de raming van de standaardpremie zoals opgesteld door het CPB in de MEV 2007. Deze raming voor 2007 bedraagt € 1 075. Dit is de raming van de gemiddelde nominale premie van individuele polissen (€ 1 166)¹, minus de geraamde gemiddelde no-claimteruggave van € 91.

¹ De raming van deze premie ligt 32 euro hoger dan de raming van gemiddelde premie van alle polissen omdat de collectieve polissen gemiddeld een lagere premie kennen dan individuele polissen.

Tabel 12 Exploitatie en premiestelling AWBZ (bedragen x € 11 000 000)

	2006	2007
ALGEMEEN FONDS		
Uitgaven ¹	22 777,4	22 529,7
– Zorgaanspraken en subsidies	22 579,9	22 327,6
– Beheerskosten	197,5	202,1
Inkomsten	23 526,6	22 841,2
– Procentuele premie	14 465,1	13 606,0
– Eigen bijdragen	1 806,6	1 804,2
– Bijdrage van het ZVF voor GGZ	2 500,0	2 800,0
– Rijksbijdrage	10,7	10,9
– BIKK	4 749,7	4 621,4
– Overige baten	– 5,5	– 1,3
Exploitatiesaldo	749,2	311,6
Vermogen Algemeen Fonds	1 036,8	1 348,4
Vermogensnorm	1 040,6	1 083,0
Vermogenssaldo	– 3,8	265,4
Premieplichtig inkomen (miljoen)	223 705,2	231 021,2
Procentuele premie (%)	12,55	12,00

¹ De uitgaven van € 19,5 miljard in 2006 in deze tabel betreft de optelling van de posten AWBZ plus Eigen betaling AWBZ uit tabel 9.

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, de «BIKK» en in 2006 en 2007 de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds voor GGZ. 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 13 verstaan de zorgaanspraken, de AWBZ-subsidies en de beheerskosten die worden gefinancierd uit het AFBZ. Het betreft dus ook uitgaven die gefinancierd worden uit eigen bijdragen.

In 2006 wordt thans een positief exploitatiesaldo voorzien van € 0,7 miljard. Dat is duidelijk lager dan voorzien in de Ontwerpbegroting 2006. Dit is vooral het gevolg van lagere premieontvangsten.

In het regeerakkoord is besloten de AWBZ-premie in 2007 te verhogen met 0,1%-punt. In verband met de overheveling van de financiering van de WMO naar de gemeenten daalt de premie met 0,55%. Daarnaast daalt de AWBZ-premie met 0,1% in verband met de grotere overheveling van geestelijke gezondheidszorg van AWBZ naar Zvw. Per saldo daalt de AWBZ-premie hierdoor met 0,55%-punt van 12,55% naar 12,00%. Via de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK) worden de volksverzekeringsfondsen gecompenseerd voor een premiederving die resulteerde uit de herziening van het belastingstelsel in 2001. De BIKK volgt de ontwikkeling van de heffingskortingen en het aandeel van de AWBZ-premie in de eerste schijf. Door de relatieve afname van het AFBZ-deel in de eerste schijf daalt de BIKK.

Per saldo wordt voor 2007 een exploitatiesaldo geraamd van € 311 miljoen, waarmee het vermogen van het AFBZ verder kan worden vergroot. In tabel 13 is het vermogen van het AFBZ groter dan het normvermogen. Voor de bepaling van het normvermogen in 2006 en 2007 aangesloten bij cijfers van het normvermogen van voor 2005. In 2005 heeft het CVZ een andere wijze van waarderen van de nog te ontvangen premies gekozen. Hierdoor is het niet eenvoudig mogelijk om een inschatting te maken van het normvermogen (dat afhankelijk is van vorderingen en verplichtingen). Het is dus mogelijk dat dit cijfer nog meer dan te doen gebruikelijk moet worden bijgesteld.

De bovenbeschreven ontwikkelingen leiden tot het volgende beeld van de premies in de periode 2006-2007.

Tabel 13 Premieoverzicht		
	2006	2007
AWBZ		
Procentuele premie (in %)	12,55	12,00
ZVW		
Inkomensafhankelijke bijdrage normaal (in %)	6,50	6,50
Inkomensafhankelijke bijdrage verlaagd (in %)	4,40	4,40
Nominale rekenpremie (excl no claim) ¹	715	796
Nominale opslagpremie (gemiddeld) ²	60	83
Nominale premie no claim ¹	255	255
Nominale premie totaal (gemiddeld) ²	1 030	1 134
No claim teruggave (gemiddeld) ³	91	91
Nominale premie incl. no claim teruggave (gemiddeld)	939	1 043
Nominale premie totaal 18-	0	0

¹ Jaarbedragen in Euro

² Jaarbedragen in Euro; dit betreft een raming.

³ Jaarbedragen in Euro; dit betreft een raming. Dit bedrag wordt kasmatig in het volgende jaar uitbetaald.

Bron: VWS

Leeswijzer

Het verdiepingshoofdstuk bestaat uit een cijfermatig overzicht (begroting en/of premie) per artikel. Bij ieder artikel wordt eerst de opbouw van de stand vanaf de ontwerpbegroting 2006 tot aan de stand ontwerpbegroting 2007 opgenomen. Daarna worden de belangrijkste mutaties toegelicht. In onderstaande paragrafen is specifieke informatie opgenomen met betrekking tot de begrotingsuitgaven of de premie-uitgaven.

Begrotingsuitgaven

In deze paragraaf is informatie opgenomen die betrekking heeft op de begrotingsuitgaven. Ten opzichte van afgelopen jaren zijn in het verdiepingshoofdstuk enkele wijzigingen doorgevoerd om het verdiepingshoofdstuk meer te laten aansluiten bij de behoefte die bestond bij de Tweede Kamerleden. Om deze reden is de opbouw van de verplichtingen in dit verdiepingshoofdstuk niet meer opgenomen. Ook verplichtingen- en ontvangstenmutaties worden niet apart toegelicht. Daarnaast geldt dat alle begrotingsuitgaven zijn toegelicht voorzover de kasbedragen in enig jaar meer dan € 2 miljoen bedragen. Tot slot zijn alle moties en amendementen opgenomen. Bij een overheveling tussen twee artikelen is volstaan met één toelichtende tekst. Deze toelichtende tekst 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 artikel».

Premie-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 2006 (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 2005.
- 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 Zvw;
 - De eigen betalingen AWBZ;
 - De eigen betalingen Zvw.

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 wordt in volgende jaren 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 cliënten).

Na deze onderdelen volgt een inhoudelijke toelichting op de (belangrijkste) nieuwe mutaties sinds de 1e suppletore wet 2006. Indien nodig worden ook één of meer belangrijke mutaties uit de 1e suppletore wet 2006 genoemd en inhoudelijk toegelicht.

Beleidsartikel 41: Volksgezondheid

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		695 918	690 122	672 639	671 511	702 091	
Mutatie Nota van Wijziging		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	
Mutatie amendementen		690	40	40	40	40	
Mutatie 1e suppletore wet		42 065	30 570	31 388	30 714	23 641	
Nieuwe mutaties		17 828	49 897	53 479	63 688	72 576	7 000
Nieuwe nominale wijzigingen		4 663	4 416	4 359	4 357	4 465	
Stand ontwerpbegroting 2007	552 940	771 164	785 045	771 905	780 310	812 813	816 342
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		8 623	8 623	8 623	8 623	8 623	
Stand ontwerpbegroting 2007	13 109	8 623	8 623	8 623	8 623	8 623	8 623

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
De subsidie voor de Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Drugsgebruikers en het Nationaal Actiecomité Drugsoverlast is overgeheveld van artikel 44 naar artikel 41. Deze overheveling is een gevolg van een amendement van de Tweede Kamerleden Vietsch en Verbeet (kamerstuk 30 300XVI, nr. 38) om deze subsidie te continueren na 1 juli 2006.	40	40	40	40	40	40
Overheveling van het ministerie van Justitie als gevolg van een amendement van de Tweede Kamerleden Van Miltenburg en Van der Laan (kamerstuk 30 300 XVI, nr. 97). Dit amendement heeft tot doel om voor de jaren 2006 en 2007 honderd behandelplaatsen voor chronisch heroïneverslaafden te financieren onder medefinanciering van de betreffende gemeenten.	650	0	0	0	0	0
Als gevolg van de motie-Verhagen (kamerstuk 30 300 XVI, nr. 9) worden middelen beschikbaar gesteld voor preventief jeugdbeleid.	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Overheveling vanuit artikel 43. In het AWBZ-convenant zijn financiële (premie-) middelen gereserveerd voor innovatie in de care. De middelen worden via de begroting bij ZonMw weggezet.	3 956	3 806	3 656	3 429	0	0
Overheveling naar artikel 42.	– 2 500	– 2 000	– 2 000	– 2 000	0	0
Er worden middelen ingezet voor de digitalisering van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker om de continuïteit en de kwaliteit veilig te stellen.	0	1 100	3 000	2 000	1 000	0
Overheveling naar artikel 98.	– 2 139	– 2 080	– 2 078	– 2 078	– 2 078	– 2 078
Er worden middelen ingezet voor het voorkomen van infectieziekten. Het gaat hier om drie clusters, te weten de voorbereiding op de griep pandemie, «gewone» infectieziekten en SOA-bestrijding.	10 662	27 452	30 687	32 187	31 587	33 387

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Er worden middelen ingezet voor het elektronisch kinddossier in de jeugdgezondheidszorg. Naast deze € 20 miljoen wordt € 5 miljoen ingezet op artikel 45 voor de verwijzindex.	20 000	0	0	0	0	0
Overheveling uit de generale middelen in verband met een trendmatige verhoging voor de screeningsprogramma's. De uitgaven liggen met name op het terrein van bevolkingsonderzoeken voor borst- en baarmoederhalskanker en van de griepvaccinatie.	0	0	0	0	0	15 057
Er zijn generaal middelen beschikbaar gesteld voor de vroegsignalering en opvoedondersteuning van risicogezinnen. Daarnaast worden middelen uitgetrokken voor het Centrum Gezond Leven. Dit centrum richt zich op het ondersteunen van preventieprogramma's op onder meer de terreinen overgewicht, roken en alcoholmisbruik door jeugdigen.	7 500	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
Overheveling uit de premiemiddelen in verband met een trendmatige verhoging voor de screeningsprogramma's. De uitgaven liggen met name op het terrein van bevolkingsonderzoeken voor borst- en baarmoederhalskanker en van de griepvaccinatie.	0	0	3 590	7 254	11 074	0
Uit de premiemiddelen zijn gelden voor preventie overgeheveld naar dit artikel. Deze gelden zijn bedoeld voor Advies, Instructie en Voorlichting (AIV). Deze middelen passen niet meer in de AWBZ, omdat de AWBZ bedoeld is voor langdurende zorg en niet voor op genezing gerichte zorg.	0	10 500	10 500	10 500	10 500	10 500
Het opdrachtgeversbudget RIVM voor het infectieziekteprogramma wordt overgeheveld van artikel 98 naar artikel 41.	4 337	4 237	4 237	4 237	4 237	4 237
Overheveling van artikel 42 naar artikel 41 in verband met doelmatigheidsonderzoek dat wordt uitgevoerd door ZonMw.	350	850	1 783	2 584	3 020	2 670
NVI is bezig met de ontwikkeling van een vaccin tegen RSV (Respiratoir Syncytieel Virus). In de volgende ontwikkelingsfase zal NVI gaan samenwerken met een contractpartner. Voor de periode 2007–2010 zullen de ontwikkelingskosten voor NVI € 27,9 miljoen bedragen (2007: € 4,5 miljoen; 2008: € 3,7 miljoen; 2009: € 8,1 miljoen en 2010: € 11,6 miljoen). Deze bedragen worden vanuit het Fonds economische structuurversterking voorgefinancierd.		4 500	3 700	8 100	11 600	7 000
De voorfinanciering moet nog nader worden uitgewerkt. Voor deze begroting is ervan uitgegaan dat de bijdrage aan het NVI via het moederdepartement wordt verstrekt en dat succesvolle ontwikkeling van het vaccin terugbetaling vanaf 2011 mogelijk maakt.						

Premie						
Bedragen in € 1 000 000	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2006						
Uitgavenniveau stand Begroting 2006	61,8	60,2	60,2	60,3	60,2	60,2
Mutaties 1e SW – 2006	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
Nieuwe mutaties	– 3,3	– 10,6	– 10,6	– 10,6	– 10,6	– 10,6
Nieuwe nominale wijzigingen	– 0,6	– 0,6	– 0,6	– 0,6	– 0,6	– 0,6
Uitgavenniveau stand Begroting 2007	61,1	52,2	52,2	52,3	52,2	52,2
B. Financiering						
AWBZ	57,5	52,2	52,2	52,3	52,2	52,2
Mutatie financieringsachterstand	3,6					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	57,5	52,2	52,2	52,3	52,2	52,2
BKZ-ontvangsten						
Netto BKZ-uitgaven	57,5	52,2	52,2	52,3	52,2	52,2

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2006						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Op basis van gegevens van CVZ en NZAio zijn de uitgaven 2005 voorlopig aferekend. Uit deze afrekening blijkt per saldo een structurele tegenvaller van € 3,6 miljoen.	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Uit de herziene afrekening blijkt ten opzichte van de afrekening in maart een meevaller van € 3,1 miljoen.	– 3,1	– 3,1	– 3,1	– 3,1	– 3,1	– 3,1
Enkele onderzoekssubsidies van het CVZ worden overgeheveld naar de VWS-begroting.	– 0,2	– 0,2	– 0,2	– 0,2	– 0,2	– 0,2
Deze mutatie betreft de overheveling van middelen voor prenatale zorg en voedingsvoorlichting naar de begroting.		– 7,3	– 7,3	– 7,3	– 7,3	– 7,3
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor 2006–2011. De tranche 2006 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 0,8 miljoen. Daarnaast valt de realisatie 2005 voor de loon- en prijsbijstelling mee met € 1,4 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de begroting 2006 voor deze sector te hoog is geweest.	– 0,6	– 0,6	– 0,6	– 0,6	– 0,6	– 0,6

Beleidsartikel 42: Gezondheidszorg

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		4 768 291	5 106 877	5 460 499	5 860 060	5 951 892	
Mutatie 1e suppletore wet		28 737	28 504	44 906	39 018	35 397	
Nieuwe mutaties		– 96 827	498 080	291 764	70 963	305 327	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 453	1 311	1 237	1 236	1 233	
Stand ontwerpbegroting 2007	520 379	4 701 654	5 634 772	5 798 406	5 971 277	6 293 849	6 579 502
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		2 363	2 363	2 363	2 363	2 363	
Mutatie 1e suppletore wet		11 097	8 591	8 670	3 203	582	
Stand ontwerpbegroting 2007	15 967	13 460	10 954	11 033	5 566	2 945	4 648

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Overheveling naar artikel 43.	– 3 393	– 3 393	– 3 393	– 3 393	– 3 393	– 3 393
Er worden middelen overgeheveld vanuit de premie ter bevordering van ICT in de zorg (invoering van het elektronisch medicatiedossier en waarneemdossier huisartsen (emd/wdh) en de activiteiten van VWS in het kader van het programma <i>Administratieve Lasten</i>).	1 370	19 270	37 370	38 000	38 000	38 000
De bijdrage in de exploitatiekosten van het nieuwe digitale radionetwerk voor mobiele communicatie van hulpdiensten (C2000) is overgeheveld naar het ministerie van BZK.	– 6 400	0	0	0	0	0
Als gevolg van een reorganisatie worden middelen overgeheveld van artikel 41.	2 500	2 000	2 000	2 000	0	0
Er worden middelen ingezet voor de invoering van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de categorale instellingen.	504	2 093	0	0	0	0
Er worden middelen beschikbaar gesteld voor de inningskosten van verzekerden in het buitenland.	3 000	1 000	1 000	1 000	0	0
Er is besloten in 2006 een inhaalslag te plegen met de invoering van de dbc's, omdat een aantal in 2005 geplande dbc-activiteiten is vertraagd.	6 793	0	0	0	0	0
Vanuit de eindejaarsmarge wordt in 2006 een aantal opdrachten betaald waarvan in 2005 geen factuur is binnengekomen.	2 550	0	0	0	0	0
Betreft toekenning van Fonds Economische Structuur (FES)-middelen voor zogenaamde Interdepartementale Commissie voor Economische Structuurversterking/ Kennisinfrastructuur (ICES/KIS)-projecten.	11 152	8 646	8 725	3 258	637	2 340
Aanpassing van de rijksbijdrage voor kinderen in de Zorgverzekeringswet.	0	0	0	0	0	104 200

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Er worden generaal middelen beschikbaar gesteld voor een zorgvuldige voorlichting aan alle burgers om ervoor te zorgen dat de implementatie van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag zo goed mogelijk verloopt.	7 700	0	0	0	0	0
De bedragen voor zorgtoeslag die staan vermeld in de begroting, zijn de bedragen die op kasbasis worden uitgekeerd in een bepaald jaar. Zo staat in 2005 1/12 van de zorgtoeslag voor 2006. Bij de bepaling van het bedrag dat in 2010 is opgenomen in de begroting, is abusievelijk alleen 11/12 van de zorgtoeslag van 2010 opgenomen en niet 1/12 van de zorgtoeslag van 2011. Met deze mutatie wordt het bedrag van 2010 gecorrigeerd. Daarnaast wordt het bedrag voor het jaar 2011 bijgesteld.	0	0	0	0	340 200	673 300
Er worden generaal middelen beschikbaar gesteld voor het verhogen van het aantal donoren door gebruik te maken. De gewijzigde Wet op de orgaandonatie biedt de mogelijkheid tot het aanschrijven van doelgroepen. Voornemen is de meest kansrijke groep te gaan aanschrijven.	0	4 000	0	0	0	0
Overboeking naar artikel 43.	- 3 000	0	0	0	0	0
Om een kwalitatief goede en doelmatige geneesmiddelenvoorziening tegen aanvaardbare kosten te handhaven na afloop van de convenant-afspraken zijn flankerende maatregelen nodig in de geneesmiddelenketen. Dit zal onder meer inhouden dat meer onderzoeken uitgevoerd worden naar de doelmatigheid en dat innovaties in de keten worden bevorderd.	3 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Vanuit de premiemiddelen zijn middelen overgeheveld naar dit artikel voor de exploitatiekosten van C2000 en om de Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg in te richten.	2 760	2 800	2 800	2 800	2 800	2 800
Overheveling naar artikel 41	- 350	- 850	- 1 783	- 2 584	- 3 020	- 2 670
De opleidingskosten voor de erkende medische en tandheelkundige specialismen en de erkende bètaberoepen (ziekenhuisapotheker, klinisch fysicus en klinisch chemicus) worden vanaf 2007 uit het opleidingsfonds betaald. Met deze zogeheten eerste tranche opleidingen is een bedrag van € 636,7 miljoen gemoeid. De eerste tranche opleidingen wordt in 2007 vanuit de VWS-begroting gefinancierd.		6			36 700	
De rijksbijdrage voor kinderen is neerwaarts bijgesteld sinds de ontwerp-begroting 2006. Deze bijstellingen resulteren uit bijstellingen van de geraamde premie en het geraamde aantal kinderen. De rijksbijdrage wordt bepaald als de helft van de geraamde nominale premie (na aftrek van de geraamde gemiddelde no claim-teruggave) maal het aantal kinderen. In de begroting 2006 werd voor 2007 gerekend met een premie van € 1 064 en 3,67 miljoen kinderen. In de begroting 2007 wordt voor 2007 gerekend met een premie van € 1 075 en 3,56 miljoen kinderen. De daling in 2007 wordt dus met name veroorzaakt door de daling van het aantal Zvw-verzekerde kinderen.	0	- 96 500	- 31 100	- 74 100	- 95 500	- 125 100

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
De hoogte van de zorgtoeslag wordt bepaald door de hoogte van de standaardpremie en de inkomensverdeling. Als de standaardpremie hoger uitvalt, stijgt de zorgtoeslag. Als de inkomensstijging hoger is en/of het aantal mensen met een laag inkomen lager is dan eerder geraamd, valt de zorgtoeslag mee. Voor het jaar 2006 zijn er thans alleen actuelere inzichten in de inkomensverdeling die leiden tot een lagere raming van de zorgtoeslag. Deze effecten werken door naar 2007. In dat jaar is verder de raming van de standaardpremie verhoogd maar is ook aangenomen dat de inkomens sneller groeien, zodat ook in dit jaar gerekend wordt op een lagere zorgtoeslag.	- 99 700	- 58 500	311 300	134 300	50 300	- 73 800

Premie						
Bedragen in € 1 000 000	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2006						
Uitgavenniveau stand Begroting 2006	24 899,3	25 889,7	25 996,2	26 079,7	26 189,6	26 189,6
Mutaties 1e SW – 2006	– 223,3	– 216,3	– 216,5	– 216,5	– 216,5	– 216,5
Nieuwe mutaties	331,9	– 620,5	9,3	9,3	9,3	9,3
Nieuwe nominale wijzigingen	370,0	394,7	413,3	413,6	413,8	414,1
Nieuwe bouwmutaties						
Uitgavenniveau stand Begroting 2007	25 377,9	25 447,6	26 202,3	26 286,1	26 396,2	26 396,5
B. Financiering						
AWBZ	304,4	306,6	304,4	305,0	306,1	306,1
Zvw	25 062,5	25 141,0	25 897,9	25 981,1	26 090,1	26 090,4
Mutatie financieringsachterstand	11,0					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	25 366,9	25 447,6	26 202,3	26 286,1	26 396,2	26 396,5
BKZ-ontvangsten						
Netto BKZ-uitgaven	25 366,9	25 447,6	26 202,3	26 286,1	26 396,2	26 396,5

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2006						
Op basis van gegevens van CVZ, NZAio en Vektis zijn de uitgaven 2005 voorlopig afgerekend. Uit deze afrekening blijkt per saldo een structurele meevaller van € 179,9 miljoen. Hogere uitgaven dan geraamd deden zich onder andere voor bij fysiotherapie (€ 28,6 miljoen), tandheelkundige specialistische zorg (€ 17,8 miljoen), ergotherapie (€ 0,8 miljoen) en overig curatieve zorg (€ 16,3 miljoen). Daarnaast was sprake van meevallers bij de uitgaven voor geneesmiddelen (€ 104,9 miljoen), hulpmiddelen (€ 96,9 miljoen) en de kraamzorg (€ 35,6 miljoen).	– 179,9	– 179,9	– 179,9	– 179,9	– 179,9	– 179,9
Deze mutatie betreft de compensatie uit de aanvullende post arbeidsvoorwaarden ten behoeve van de Academische Ziekenhuizen voor de hogere werkgeverslasten ten gevolge van de invoering van de Zorgverzekeringswet.	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0
De prijsstijging van ruim 5% in 2006 in de fysiotherapie levert € 17 miljoen meerkosten op.	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0
Deze mutatie betreft de toevoeging van middelen ten behoeve van een duurzame en toegankelijke geneesmiddelenvoorziening.	3,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Dit betreft de geraamde meeropbrengst van het geneesmiddelenconvenant in 2006.	– 88,0	– 88,0	– 88,0	88,0	– 88,0	– 88,0

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Op basis van gegevens van CVZ, NZAio en Vektis zijn de uitgaven 2005 voorlopig afgerekend. Uit deze afrekening blijkt per saldo een structurele meevaller van € 179,9 miljoen. Hogere uitgaven dan geraamd deden zich onder andere voor bij fysiotherapie (€ 28,6 miljoen), tandheelkundige specialistische zorg (€ 17,8 miljoen), ergotherapie (€ 0,8 miljoen) en overig curatieve zorg (€ 16,3 miljoen). Daarnaast was sprake van meevallers bij de uitgaven voor geneesmiddelen (€ 104,9 miljoen), hulpmiddelen (€ 96,9 miljoen) en de kraamzorg (€ 35,6 miljoen).	40,2	40,2	40,2	40,2	40,2	40,2
Er komen meer dure geneesmiddelen op de markt, die meer dan voorzien in de ziekenhuizen worden toegepast. De raming voor de ziekenhuizenw ordt hiervoor opgehoogd.	112,0	120,0	120,0	120,0	120,0	120,0
Dit betreft de geraamde meeropbrengst van het geneesmiddelenconvenant in 2007.		128,0	128,0	128,0	128,0	128,0
Deze mutatie hangt samen met de wijziging in de vergoeding IVF. Per 1 januari 2007 wordt de eerste IVF-poging vergoed via het basispakket van de zorgverzekering.		10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
De in de 1e SW aan de premiemiddelen toegevoegd middelen ten behoeve van borging convenant geneesmiddelen op de lange termijn worden nu naar de VWS-begroting overgeheveld.	- 3,0	- 10,0	- 10,0	- 10,0	- 10,0	- 10,0
Overheveling naar de VWS-begroting van de exploitatiekosten van C2000 en de kosten van het inrichten van de Landelijke Meldkamer Ambulancezorg.	- 3,1	- 3,1	- 3,1	- 3,1	- 3,1	- 3,1
Enkele onderzoekssubsidies van het CVZ worden overgeheveld naar de VWS-begroting.	- 9,1	- 9,8	- 9,8	- 9,8	- 9,8	- 9,8
Uit de nieuwe cijfers van het NZAio blijkt dat de volumeontwikkeling in 2005 bij de ziekenhuizen hoger is dan in het prestatiecontract Ziekenhuizen/convenant UMC's is overeengekomen. Hierdoor ontstaat een structurele tegenvaller van € 192 miljoen in 2006, die naar verwachting in 2007 zal oplopen tot € 291 miljoen.	192,0	291,0	291,0	291,0	291,0	291,0
Om de bovenvermelde volumeoverschrijding te compenseren wordt vanaf 2007 een macrokorting van € 192 miljoen doorgevoerd. In 2007 wordt een aanvullende kortingsmaatregel genomen indien de restantproblematiek niet binnen het prestatiecontract Ziekenhuizen/convenant UMC's wordt opgelost.		- 291,0	- 291,0	- 291,0	- 291,0	-291,0
Deze mutatie betreft de overheveling vanuit de AWBZ van de kortdurende GGZ		2 778,8	2 764,8	2 764,8	2 764,8	2 764,8

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
De opleidingskosten voor de erkende medische en tandheelkundige specialismen en de erkende bètaberoepen (ziekenhuisapotheker, klinisch fysicus en klinisch chemicus) worden vanaf 2007 uit het opleidingsfonds betaald. Met deze zogeheten eerste tranche opleidingen is een bedrag van ruim € 636,7 miljoen gemoeid. De eerste tranche opleidingen wordt in 2007 vanuit de VWS-begroting gefinancierd.		- 636,7				
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor 2006–2011. De tranche 2006 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99). Daarnaast valt de realisatie 2005 voor de loon- en prijsbijstelling mee met € 0,2 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de begroting 2006 voor deze sector te hoog is geweest.	370,0	394,7	413,3	413,6	413,8	414,1

Beleidsartikel 43: Langdurende zorg

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		5 201 024	5 464 377	5 562 491	5 564 472	5 564 472	
Mutatie 1e suppletore wet		51 504	17 443	13 400	10 375	10 375	
Nieuwe mutaties		– 67 737	– 657 035	– 684 595	– 609 606	– 531 706	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 826	1 685	1 672	1 682	1 682	
Stand ontwerpbegroting 2007	5 564 657	5 186 617	4 826 470	4 892 968	4 966 923	5 044 823	5 124 023
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		0	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet		578	144	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2007	4 399	578	144	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Vanuit de premiemiddelen wordt geld overgeheveld naar dit artikel om de kwaliteit in verpleeghuizen te verbeteren. Er wordt getracht om een groot deel van de verpleeghuizen te laten voldoen aan de kwaliteits-eisen zoals geformuleerd door de IGZ en de cliënten. Dit gebeurt door consultantenteams samen te stellen, zorgplannen op te stellen, een landelijk plan dementie op te zetten, een gezant te benoemen die verpleeghuizen gaat bezoeken en door onderzoek te doen naar de kwaliteit van de verpleeghuizen.	7 000	0	0	0	0	0	
Het budget voor het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) is overgeheveld van artikel 42 naar dit artikel.	3 393	3 393	3 393	3 393	3 393	3 393	
Er worden middelen overgeheveld naar dit artikel vanuit de premie om ICT in de zorg te bevorderen. Die middelen zijn enerzijds bedoeld om het elektronisch medicatiedossier en het waarneemdossier huisartsen (emd/wdh) in te voeren en anderzijds voor activiteiten in het kader van het programma <i>Administratieve Lasten</i> .	4 287	3 249	3 000	3 000	3 000	3 000	
Er worden middelen beschikbaar gesteld voor de invoering van de zorgzwaartebekostiging in de AWBZ.	5 000	2 500	750	0	0	0	
Er worden middelen beschikbaar gesteld voor de kwaliteit in de care inclusief de jeugdzorg.	0	4 000	2 000	0	0	0	
Vanuit de eindejaarsmarge worden middelen beschikbaar gesteld voor de vergoeding aan gemeenten van de kosten die zijn veroorzaakt door de centralisatie van de indicatiestelling.	5 500	0	0	0	0	0	
Beschikbare middelen voor het indiceren van mensen die op dit moment zorg ontvangen zonder geldige indicatie.	5 300	0	0	0	0	0	

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aanpassing van de Bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) ten gunste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.	17 200	0	0	0	0	0
Uit de premiemiddelen (artikel 25) worden middelen overgeheveld naar dit artikel. Het gaat om financiële premiemiddelen die in het AWBZ-convenant zijn gereserveerd om de care te vernieuwen. Deze middelen worden gebruikt voor een programma van ZonMw.	4 224	3 806	3 656	3 429	0	0
Overheveling naar artikel 21.	- 3 956	- 3 806	- 3 656	- 3 429	0	0
Overheveling uit de premiemiddelen van gelden voor stageplaatsen in de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en voor mentoren en cliënt-ondersteuning.	11 000	0	0	0	0	0
Overheveling uit de premiemiddelen van gelden voor patiënten en cliëntenondersteuning in de WMO. De middelen worden via het fonds PGO uitgekeerd.	5 000	0	0	0	0	0
Overheveling naar artikel 44	0	- 16 800	- 16 800	- 16 800	- 16 800	- 16 800
Overheveling van de premiemiddelen naar de begroting van de subsidie voor de Centra voor Consultatie en Expertise (CCE).	0	13 100	13 100	13 100	13 100	13 100
Via de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK) wordt het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) gecompenseerd voor de premiederving die het gevolg is van de belastingherziening 2001. De hoogte van de BIKK wordt bepaald door de mate waarin heffingskortingen neerslaan in de AWBZ. De daling van de BIKK in 2006 hangt samen met anders geraamde heffingskortingen. De forse daling in 2007 en lagere jaren resulteert uit de daling van de AWBZ-premie als gevolg van de overheveling van de WMO. Door de lagere AWBZ-premie wordt een kleiner deel van de heffingskortingen toegerekend aan de AWBZ, waardoor er een kleinere premiederving optreedt die gecompenseerd moet worden.	- 12 700	- 588 100	- 613 200	- 537 000	- 459 100	- 379 900

Premie						
Bedragen in € 1 000 000	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2006						
Uitgavenniveau stand Begroting 2006	22 080,3	22 987,7	23 132,0	23 192,0	23 218,0	23 218,0
Mutaties 1e SW – 2006	23,1	– 0,3	0,8	1,1	4,5	4,5
Nieuwe mutaties	– 17,4	– 1 640,2	– 1 565,7	– 1 565,7	– 1 640,7	– 1 671,7
Nieuwe nominale wijzigingen	209,3	215,9	224,8	225,4	225,4	225,6
Nieuwe bouwmutaties						
Uitgavenniveau stand Begroting 2007	22 295,3	21 563,1	21 791,9	21 852,8	21 807,2	21 776,4
B. Financiering						
AWBZ	20 478,5	19 951,5	20 180,8	20 243,0	20 197,4	20 166,6
Particuliere verzekering	2,8	1,8	1,3			
Eigen betaling AWBZ	1 783,6	1 609,8	1 609,8	1 609,8	1 609,8	1 609,8
Mutatie financieringsachterstand	30,4					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	22 264,9	21 563,1	21 791,9	21 852,8	21 807,2	21 776,4
BKZ-ontvangsten	1 783,6	1 609,8	1 609,8	1 609,8	1 609,8	1 609,8
Netto BKZ-uitgaven	20 481,3	19 953,3	20 182,1	20 243,0	20 197,4	20 166,6

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2006						
De eerder bij begroting 2006 doorgevoerde inter-temporele schuif van € 34 miljoen uit 2006 naar 2005 wordt teruggedraaid.	34,0					
Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties						
Deze mutatie betreft de overheveling van middelen naar het Gemeentefonds in het kader van de invoering van de WMO.	– 1 392,1	– 1 392,1	– 1 392,1	– 1 392,1	– 1 392,1	– 1 392,1
Deze mutatie betreft de overheveling van middelen ten behoeve van forensische zorg naar Justitie.	– 213,8	– 213,8	– 213,8	– 213,8	– 213,8	– 213,8
Deze mutatie betreft de overheveling van AWBZ-middelen naar de begroting (artikel 44) ten behoeve van de OGGZ-activiteiten. Het betreft een uitbreiding van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid met OGGZ-activiteiten samenhangend met de invoering van de WMO	– 60,6	– 60,6	– 60,6	– 60,6	– 60,6	– 60,6
Naar aanleiding van het NZAio-rapport over verpleeghuizen zijn voor 5 jaar extra middelen toegekend ten behoeve van de verhoging van de doelmatigheid in verpleeghuizen.	63,0	138,0	138,0	63,0	32,0	
Deze mutatie betreft de overheveling van middelen voor Advies, Instructie en Voorlichting (AIV) preventie naar de begroting.	– 3,2	– 3,2	– 3,2	– 3,2	– 3,2	– 3,2
Deze mutatie betreft de overheveling van middelen naar de begroting (artikel 43) ten behoeve van de omzetting subsidieregeling centra voor Consultatie en Expertise.	– 13,1	– 13,1	– 13,1	– 13,1	– 13,1	– 13,1

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Deze mutatie betreft de overheveling van middelen uit de CVTM-regeling naar het Gemeentefonds ten behoeve van wittevlekken mantelzorg.		- 9,5	- 10,0	- 10,0	- 10,0	- 10,0
Deze mutatie betreft de overheveling van middelen naar het Gemeentefonds naar aanleiding van de GGZ-knip		- 9,5	- 9,5	- 9,5	- 9,5	- 9,5
Overheveling naar de VWS-begroting van middelen voor cliënten/patiëntenparticipatie WMO. Dekking hiervan komt uit verwachte onderbesteding van de AWBZ subsidieregeling «Diensten bij wonen met zorg».	- 5,0					
Uit de groeiruimte 2006 worden middelen overgeheveld naar de VWS-begroting. Het betreft middelen voor stageplaatsen in de Gehandicaptenzorg en GGZ (€ 8,0 miljoen) en middelen voor mentoren/cliëntondersteuning (€ 3,0 miljoen).	- 11,0					
Enkele onderzoekssubsidies van het CVZ worden overgeheveld naar de VWS-begroting.	- 1,3	- 1,3	- 1,3	- 1,3	- 1,3	- 1,3
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor 2006–2011. De tranche 2006 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99). Daarnaast valt de realisatie 2005 voor de loon- en prijsbijstelling tegen met € 0,9 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de begroting 2006 voor deze sector te laag is geweest.	209,3	215,9	224,8	225,4	225,4	225,6

Beleidsartikel 44: Maatschappelijke ondersteuning

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		392 383	380 583	368 049	367 719	367 760	
Mutatie amendementen		– 40	– 40	– 40	– 40	– 40	
Mutatie 1e suppletore wet		31 485	2 871	– 754	– 754	– 754	
Nieuwe mutaties		– 40 322	99 824	111 889	111 809	112 034	65 000
Nieuwe nominale wijzigingen		1 867	1 872	1 868	1 867	1 866	
Stand ontwerpbegroting 2007	355 290	385 373	485 110	481 012	480 601	480 866	479 773
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		0	0	0	0	0	
Nieuwe mutaties		190	0	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2007	3 478	190	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Overheveling naar artikel 41.	– 40	– 40	– 40	– 40	– 40	– 40
Er worden middelen beschikbaar gesteld voor de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).	0	3 000	0	0	0	0
Uit de algemene middelen worden gelden overgeheveld naar dit artikel om de beperking van het aantal te bereiken kilometers in de Valysregeling ongedaan te maken. De overheveling vloeit voort uit een amendement dat de Tweede Kamerleden Dijksma en Van der Ham hebben ingediend op de begroting 2005.	0	0	10 000	10 000	10 000	9 000
Er worden middelen ingezet voor de Wet huisverbod. Deze wet geeft juridische mogelijkheden tot uithuisplaatsingen na geweld binnenshuis. Daarbij zal tegelijkertijd crisishulp worden geboden aan de pleger, de slachtoffers en eventueel betrokken kinderen.	0	2 600	2 600	2 600	2 600	2 600
Er worden generaal middelen beschikbaar gesteld in verband met de invoeringskosten van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).	30 000	0	0	0	0	0
Vanuit artikel 43 worden middelen overgeheveld naar dit artikel voor de uitvoeringskosten van de WMO. VWS hevelt deze middelen over naar het Gemeentefonds.	0	16 800	16 800	16 800	16 800	16 800
Met ingang van 1 januari 2007 zal de WMO in werking treden. Met deze wet wordt de verantwoordelijkheid voor een aantal voorzieningen uit de AWBZ overgedragen aan gemeenten. Om dit te realiseren worden middelen overgeboekt naar het Gemeentefonds.	– 30 000	– 42 000	– 42 000	– 42 000	– 42 000	– 42 000

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Overheveling naar het ministerie van Verkeer en Waterstaat (V&W) van de middelen uit het amendement Dijkzwa en Van der Ham (Valys-regeling). Bij de begrotingsbehandeling 2005 is voor de jaren 2005, 2006 en 2007 € 10 miljoen overgeheveld van de begroting van V&W naar de begroting van VWS ten behoeve van het ongedaan maken van de limitering van het aantal te bereizen kilometers in de Valys-regeling. Na een gerechtelijke uitspraak bleek dat deze middelen voor de jaren 2005 en 2006 niet rechtmatig via de VWS-begroting konden worden besteed. Om deze reden worden de middelen teruggeboekt naar de begroting van V&W.	- 10 000	0	0	0	0	0
Overheveling uit de premiemiddelen van AWBZ-middelen voor activiteiten in het kader van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Het betreft een uitbreiding van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid met OGGZ-activiteiten samenhangend met de invoering van de WMO.	0	60 600	60 600	60 600	60 600	60 600
Naar aanleiding van het amendement van kamerlid Van der Vlies (aangenomen bij de behandeling van het belastingplan 2006), wordt vanaf 2007 65 mln. structureel extra uitgegeven voor de ondersteuning van mantelzorgers. De te ontwerpen regeling komt in de plaats van een fiscale stimulans voor mantelzorgers.		65 000	65 000	65 000	65 000	65 000

Premie						
Bedragen in € 1 000 000	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2006						
Uitgavenniveau stand Begroting 2006	154,7	154,7	154,7	154,7	154,7	154,7
Nieuwe nominale wijzigingen	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Uitgavenniveau stand Begroting 2007	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5
B. Financiering						
AWBZ	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5
BKZ-ontvangsten						
Netto BKZ-uitgaven	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toelichting nieuwe nominale wijzigingen						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor 2006–2011. De tranche 2006 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 1,8 miljoen.	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8

Beleidsartikel 45: Jeugdbeleid

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		960 350	971 740	964 314	964 174	964 286	
Mutatie 1e suppletore wet		80 143	91 844	43 898	39 969	40 113	
Nieuwe mutaties		281	20 637	20 963	22 782	22 782	
Nieuwe nominale wijzigingen		6 120	6 179	6 133	6 132	6 133	
Stand ontwerpbegroting 2007	923 057	1 046 894	1 090 400	1 035 308	1 033 057	1 033 314	1 033 314
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		7 530	7 530	7 530	7 530	7 530	
Mutatie 1e suppletore wet		1 256	0	0	0	0	
Nieuwe mutaties		161	0	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2007	12 259	8 947	7 530	7 530	7 530	7 530	7 530

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Er worden middelen ingezet voor de verwijsindex. Naast deze € 5 miljoen wordt € 20 miljoen ingezet op artikel 41 voor het elektronisch kinddossier.	5 000	0	0	0	0	0
Van het ministerie van Justitie zijn middelen overgeheveld naar dit artikel om de jeugdzorg te optimaliseren door een alternatief zorgaanbod te realiseren voor civielrechtelijk geplaatste jeugdigen.	7 200	0	0	0	0	0
Er worden structureel middelen ingezet voor de terugdringing van wachtlijsten in de jeugdzorg.	67 000	92 000	44 000	40 000	40 000	40 000
Er worden middelen ingezet voor het creëren van extra capaciteit bij gesloten jeugdvoorzieningen.	0	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000
Overboeking van Justitie in verband met de groeimiddelen van Justitiële jeugdinrichtingen (JJl's) voor het nieuwe zorgaanbod.	0	8 000	8 326	9 950	9 950	9 950

Beleidsartikel 46: Sport

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		98 158	98 396	100 875	100 873	100 873	
Mutatie Nota van Wijziging		20 000	0	0	0	0	
Mutatie 1e suppletore wet		3 451	3 269	2 899	2 950	2 950	
Nieuwe mutaties		2	- 1 178	- 5 779	1 782	4 134	
Nieuwe nominale wijzigingen		302	329	369	383	387	
Stand ontwerpbegroting 2007	67 131	121 913	100 816	98 364	105 988	108 344	98 109
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		31	31	31	31	31	
Mutatie 1e suppletore wet		- 31	- 31	- 31	- 31	- 31	
Stand ontwerpbegroting 2007	654	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Er worden eenmalig extra middelen beschikbaar gesteld voor een kwaliteitsimpuls van sport-accommodaties rond scholen en buurten (motie-Verhagen: kamerstuk 30 300 XVI, nr. 9).	10 000	0	0	0	0	0
Er worden eenmalig extra middelen beschikbaar gesteld voor topsportfaciliteiten (motie-Van Aartsen: kamerstuk 30 300 XVI, nr. 16).	10 000	0	0	0	0	0
Er worden generaal middelen beschikbaar gesteld voor innovatie in de sport. Het geld zal besteed worden aan de ontwikkeling van vernieuwingen op het gebied van sportproducten, voeding en trainingsmethoden. Voorwaarde is dat de sport (met name NOC*NSF), kennisinstituten (TNO en universiteiten) en het bedrijfsleven een even grote financiële bijdrage leveren aan het innovatieprogramma.	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	0
Intertemporele schuif in verband met de aanvragen voor de Buurt Onderwijs Sport (BOS)-regeling 3e tranche.	0	0	– 4 500	3 000	4 500	– 3 000

Beleidsartikel 47: Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		413 549	393 730	375 447	360 584	346 317	
Mutatie 1e suppletore wet		4 240	8 306	12 434	14 561	15 857	
Nieuwe mutaties		49	2 035	5 035	5 035	35	
Nieuwe nominale wijzigingen		293	277	262	262	262	
Stand ontwerpbegroting 2007	406 197	418 131	404 348	393 178	380 442	362 471	349 844
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		0	0	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2007	3 779	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Vanuit de generale middelen wordt de raming voor «wetten en regelingen oorlogsgetroffenen» naar boven bijgesteld in verband met een verwachte stijging van de uitgaven van de Wet uitkeringen vervolgings-slachtoffers 1940–1945 (WUV) en de Wet uitkeringen burgerslachtoffers 1940–1945 (WUBO). Deze stijging is een gevolg van het project <i>Gerichte Benadering</i> .	4 300	8 369	12 497	14 624	15 857	3 230	
Deze uitgaven zijn een bijdrage aan het programma Erfgoed van de oorlog, dat bedoeld is om via de conservering, digitalisering en/of ontsluiting van archiefmateriaal (papier, beeld, geluid), museum-collecties en door het toegankelijk maken van oorlogsmonumenten de herinnering aan WOII levend te houden.		2 000	5 000	5 000			

Niet Beleidsartikel 98: Algemeen

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		121 266	191 021	192 121	191 672	191 924	
Mutatie 1e suppletore wet		10 451	9 411	6 700	9 809	9 476	
Nieuwe mutaties		84 460	77 350	77 781	78 934	76 294	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 826	1 487	1 508	1 508	1 511	
Stand ontwerpbegroting 2007	239 376	218 003	279 269	278 110	281 923	279 205	280 756
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		3 044	3 044	3 044	3 044	3 044	
Mutatie 1e suppletore wet		86	336	336	336	336	
Stand ontwerpbegroting 2007	9 092	3 130	3 380	3 380	3 380	3 380	3 380

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Van beleidsartikel 41 zijn de middelen voor strategisch vaccinonderzoek door het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) overgeheveld naar dit artikel, omdat die middelen in de ontwerpbegroting 2005 ten onrechte op dat artikel waren geraamd.	2 139	2 080	2 078	2 078	2 078	2 078
Aanpassing van de agentschapsbijdrage voor het RIVM. In het verleden is geen rekening gehouden met de verhoging van de agentschapsbijdrage voor het RIVM (conform de besluitvorming bij de decentralisatie van het rijkshuisvestingsstelsel in 1999).	0	0	0	4 000	4 000	4 000
Overboeking naar artikel 41	- 4 337	- 4 237	- 4 237	- 4 237	- 4 237	- 4 237
Vanuit de premiemiddelen wordt geld overgeheveld ter bevordering van ICT in de zorg (invoering elektronisch medicatiedossier en waarneemdossier huisartsen (emd/wdh)WDH) en de activiteiten van VWS in het kader van het Programma Administratieve Lasten).	2 143	1 881	1 630	1 000	1 000	1 000
Om de snelle verspreiding van hiv en aids onder drugsgebruikers een halt toe te roepen, zijn preventieve maatregelen dringend nodig en worden middelen beschikbaar gesteld aan het United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Het UNODC voert projecten uit in landen die kampen met een enorme hiv/aids-epidemie en die steun nodig hebben voor hun projecten om hiv/aids onder drugsgebruikers te voorkomen.	2 500	5 000	5 000	5 000	2 500	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Er worden middelen beschikbaar gesteld aan het College voor zorgverzekeringen voor de uitvoering van werkzaamheden rond de buitenlandtaken. Als gevolg van de Zorgverzekeringswet is het CVZ aangewezen als zogenoemd bevoegd orgaan voor gepensioneerden en hun gezinsleden van werknemers die in het buitenland wonen. De extra werkzaamheden hebben betrekking op registratie, bijdrage heffing en inning, bezwaarschriften en klantencontacten.	3 000	0	0	0	0	0
Het onderzoeksbudget van het CVZ wordt overgeheveld van de premie naar de begroting, zodat de hele CVZ-begroting uit de VWS-begroting wordt gefinancierd.	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000

Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		- 7 503	- 4 810	- 654	56	4 929	
Mutatie 1e suppletore wet		10 604	5 479	624	- 9	- 4 297	
Nieuwe mutaties		1 518	131	616	200	263	
Nieuwe nominale wijzigingen		- 18 350	- 17 556	- 17 408	- 17 427	17 539	
Stand ontwerpbegroting 2007	0	- 13 731	- 16 756	- 16 822	- 17 180	- 16 644	- 14 541
Ontvangsten (x € 1000)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Stand ontwerpbegroting 2006		0	0	0	0	0	
Stand ontwerpbegroting 2007	0	0	0	0	0	0	0

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Dekking van de nog openstaande taakstellingen zoals doelmatig aanbesteden bouw, elektronische overheid, en inkoop en aanbesteding.	3 984	4 143	2 698	2 819	2 857	2 857	
Er worden middelen ter beschikking gesteld voor patiëntenondersteuning in de Zorgverzekeringswet (ZVW).	3 500	3 500	0	0	0	0	
Het restant van de prijsbijstelling tranche 2005 wordt ingezet ter dekking van algehele begrotingsproblematiek.	- 547	- 1 355	- 1 533	- 1 531	- 6 499	- 6 499	
De restantreeks uit de besluitvorming over de projectsubsidietender van 2004 wordt ingezet ter dekking van algehele begrotingsproblematiek.	0	- 2 760	- 1 976	- 2 846	- 2 846	- 2 846	
De prijsbijstelling tranche 2006 wordt deels ingezet ter dekking van algehele begrotingsproblematiek.	- 6 500	- 6 500	- 6 500	- 6 500	- 6 500	- 6 500	
Taakstellende onderuitputting ter dekking van algehele begrotingsproblematiek	- 25 000	- 25 000	- 25 000	- 25 000	- 25 000	- 25 000	
Prijsbijstelling tranche 2006.	15 521	15 060	14 465	14 421	14 921	15 777	
Loonbijstelling tranche 2006.	19 744	18 040	17 911	18 063	18 222	19 299	
Toedeling van de loonbijstelling over de diverse artikelen.	- 18 047	- 17 288	- 17 140	- 17 159	- 17 271	- 17 271	
Er worden via OCW middelen beschikbaar gesteld via de WTOS (Wet Tegemoetkoming Onderwijsbijdrage en Schoolkosten) voor de compensatie zorgkosten voor studenten van 18 jaar en ouder die niet geprofiteerd hebben van de afschaffing van lesgeld	8 300	6 200	6 200	6 200	6 200	6 200	
Overboeking naar OCW	- 8 300	- 6 200	- 6 200	- 6 200	- 6 200	- 6 200	

Premie						
Bedragen in € 1 000 000	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2006						
Uitgavenniveau stand Begroting 2006	447,9	1 129,4	3 373,1	5 829,0	8 449,6	8 449,6
Mutaties 1e SW – 2006	98,8	32,1	10,2	– 2,9	– 14,3	2 874,8
Nieuwe mutaties	0,1	5,6	12,6	12,7	12,7	12,7
Nieuwe nominale wijzigingen	– 542,2	– 215,6	70,2	122,4	150,9	186,2
Nieuwe bouwmutaties						
Uitgavenniveau stand Begroting 2007	4,6	951,5	3 466,1	5 961,2	8 598,9	11 523,3
B. Financiering						
AWBZ	– 23,8	398,0	1 460,5	2 551,1	3 689,8	4 952,8
Eigen betaling AWBZ	20,6	55,1	101,4	155,6	239,7	292,6
Eigen betalingen Zvw	2 052,7	2 047,0	2 064,9	2 117,2	2 141,0	2 197,1
Zvw	– 1 979,9	– 1 548,6	– 160,7	1 137,3	2 528,4	4 080,8
Mutatie financieringsachterstand	– 65,0					
C. Aansluiting op Budgettaire Kader Zorg						
Bruto BKZ-uitgaven	69,6	951,5	3 466,1	5 961,2	8 598,9	11 523,3
BKZ-ontvangsten	2 073,3	2 102,1	2 166,3	2 272,8	2 380,7	2 489,7
Netto BKZ-uitgaven	– 2003,7	– 1 150,6	1 299,8	3 688,4	6 218,2	9 033,6

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2006						
De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de meest recente macro-economische inzichten in het Centraal Economisch Plan 2006 van het Centraal Planbureau (CPB).	– 63,4	– 113,5	– 114,2	– 123,6	– 131,2	1 115,4
Voor het jaar 2005 was rekening gehouden met een volume-effect dat verwacht werd door de invoering van de no-claimteruggaveregelingswet in de zorgverzekering (€ 170 miljoen). Bij de raming van dit bedrag is destijds uitgegaan van CPB-ramingen. Deze raming van het totale gedragseffect was met grote onzekerheid omgeven. Dit was in nog sterkere mate het geval indien dit effect moest worden uitgesplitst naar de sectoren waarop het effect zich zou gaan voordoen. In verband daarmee is ervoor gekozen om het gedragseffect van de no-claimteruggaveregelingswet op de aanvullende post te parkeren. Ook achteraf is het gedragseffect van de no-claimteruggaveregelingswet niet goed meetbaar. Daarom is ervoor gekozen om alle sectoren af te rekenen zonder rekening te houden met het gedragseffect van de no claim en het bedrag op de aanvullende post af te boeken. Aangezien uit de afrekening forse meevallers zijn gebleken, is ervan uitgegaan dat het volume-effect van de no-claimteruggaveregelingswet structureel is gerealiseerd.	170,0	170,0	170,0	170,0	170,0	170,0
Deze mutatie betreft de overheveling van de premie-middelen naar de begroting in verband met de inzet van budget voor investeringen in ICT en vermindering van de administratieve lasten.	– 7,8	– 24,4	– 42,0	– 42,0	– 42,0	– 42,0

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)						
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toelichting nieuwe nominale mutaties						
Uitdeling van de vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling aan de beleidsartikelen (tranche 2006).	- 596,5	- 489,9	- 498,5	- 491,2	- 484,8	- 478,6
Deze mutatie betreft compensatie voor de hogere overheidsbijdrage voor arbeidskosten in de zorg (OVA) als gevolg van de incidentele loonontwikkeling.	26,0	97,7	100,9	105,7	111,1	116,9
De raming van de benodigde loon- en prijsbijstelling in de jaren vanaf 2007 wordt aangepast op basis van de Macro-Economische Verkenning 2007 (MEV) van het Centraal Planbureau (CPB)	31,2	176,6	467,8	507,9	524,6	547,9

ZBO'S EN RWT'S

Bedragen x € 1 miljoen			
Artikel Naam			2007
<i>Uit begrotingsmiddelen</i>			
41	Zorg Onderzoek Nederland/Medische Wetenschappen (ZonMW)	RWT	3,4
42	Registratiecommissies en opleidingscolleges KNMG, KNMP en NMT		0,7
43	Stichting Fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen (PGO)	RWT	1,8
47	Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR)	RWT	26,9
47	Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië		0,6
47	ZBO's «Rechtsherstel» (Het Gebaar en Sinti en Roma)		0,7
98	Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek (CCMO)		1,1
98	Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) in oprichting	RWT	23,6
98	College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen (CSZ)	RWT	3,2
98	College Bouw Zorginstellingen (CBZ)	RWT	12,3
98	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	RWT	40,0
98	Commissies voor de Gebiedsaanwijzing	RWT	0,1
<i>Uit premiemiddelen</i>			
42	Nederlandse Transplantatie Stichting		17,0
43	Stichting Uitvoering Omslagregelingen (SUO) WTZ	RWT	1,8
43	Uitvoeringsorganen AWBZ inclusief CAK	RWT	165,6

Alle hierboven genoemde organisaties zijn ZBO. Indien een ZBO daarnaast ook een RWT is, is dit expliciet opgenomen.

A. Begroting

Was-wordt-tabel	
Artikel 2006 Doelstelling/uitgavensoort 2006	Artikel 2007 Doelstelling/uitgavensoort 2007
21 – Preventie en gezondheidsbescherming Bestrijden van infectieziekten Bevorderen gezonde en veilige leefomgeving Consumenten- en productveiligheid Consumenten- en productveiligheid Coördinatie/nazorg bij crises en rampen Gedragsgesichte gezondheidsbevordering Programmering onderzoek/ontwikkeling Programmering onderzoek/ontwikkeling Toegankelijkheid en kwaliteit preventieve zorg Vermijden ziektebelasting door chronische ziekten Verslavingszorg Voorkomen drugsgebruik Personeel en materieel kernministerie	41 – Volksgezondheid Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg Voedsel- en productveiligheid Voorkomen gezondheidsschade door ongevallen Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg Bevorderen van een gezonde leefstijl Bescherming tegen infectie en chronische ziekten Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten Bevorderen van een gezonde leefstijl Bevorderen van een gezonde leefstijl Personeel en materieel kernministerie
22 – Curatieve zorg Eerstelijns zorg Eerstelijns zorg Effectieve en efficiënte zorgverlening Spoedeisende medische hulpverlening Tweedelijns zorg Tweedelijns zorg Personeel en materieel kernministerie	42 – Gezondheidszorg Consument kiest zorgverzekeraar en zorgaanbieder Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod Consument kiest zorgverzekeraar en zorgaanbieder Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg Personeel en materieel kernministerie
23 – Geneesmiddelen en medische technologie Geneesmiddelen Medische technologie en transplantaten Medische technologie en transplantaten Vernieuwingen in de zorg Personeel en materieel kernministerie	42 – Gezondheidszorg Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod Realisatie toegankelijk zorgaanbod Realisatie toegankelijk zorgaanbod Personeel en materieel kernministerie
25 – AWBZ-brede zorg Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ) Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ) Personeel en materieel kernministerie	43 – Langdurige zorg Tijdige en goede indicatie Keuze kwalitatief voldoende zorgaanbod Personeel en materieel kernministerie
26 – Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid Bevorderen rechtspositie van mensen met beperking Gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen Regelen randvoorwaarden voor zorg, wonen en MO Verbeteren doelmatigheid zorg- en dienstverlening	43 – Langdurige zorg Tijdige en goede indicatie Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod Keuze kwalitatief voldoende zorgaanbod LZ is collectief en voor cliënt betaalbaar
26 – Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid Bevorderen rechtspositie van mensen met beperking Bevorderen rechtspositie van mensen met beperking Gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen Gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen Gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen Regelen randvoorwaarden voor zorg, wonen en MO Verbeteren doelmatigheid zorg- en dienstverlening Verbeteren doelmatigheid zorg- en dienstverlening Personeel en materieel kernministerie	44 – Maatschappelijke ondersteuning Actieve participatie in maatschappelijke verbanden Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen Actieve participatie in maatschappelijke verbanden Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen Actieve participatie in maatschappelijke verbanden Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen Personeel en materieel kernministerie
27 – Verpleging, verzorging en ouderen Coördinatie en communicatie ouderenbeleid Doelmatigheid ouderenzorg Kwaliteit ouderenzorg Passendheid en keuzevrijheid ouderenzorg	43 – Langdurige zorg Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod LZ is collectief en voor cliënt betaalbaar Keuze kwalitatief voldoende zorgaanbod Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod

Artikel 2006

Doelstelling/uitgavensoort 2006

Samenwerking mantel- en professionele ouderenzorg
Tijdigheid en toegankelijkheid ouderenzorg
Personeel en materieel kernministerie

27 – Verpleging, verzorging en ouderen

Coördinatie en communicatie ouderenbeleid
Passendheid en keuzevrijheid ouderenzorg
Samenwerking mantel- en professionele ouderenzorg

28 – Wet Voorzieningen Gehandicapten

Personeel en materieel kernministerie

28 – Wet Voorzieningen Gehandicapten

Maatschappelijke participatie ouderen+gehandicapte

29 – Arbeidsmarktbeleid

Regulier maken gesubsidieerde banen
Terugdringen personeelstekorten

29 – Arbeidsmarktbeleid

Personeel en materieel kernministerie

30 – Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiënt-veiligheidsbeleid

Ethisch verantwoord handelen

30 – Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiënt-veiligheidsbeleid

Modernisering beroepenstructuur
Modernisering beroepenstructuur
Vernieuwingen in de zorg

30 – Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiënt-veiligheidsbeleid

Evenwicht in de marktposities
Informatie over het zorgaanbod
Regulering van de zorg
Regulering van de zorg

30 – Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiënt-veiligheidsbeleid

Personeel en materieel kernministerie

31 – Zorgverzekeringen

Stelselherziening

32 – Rijksbijdrage volksgezondheid

Rijksbijdrage kinderen tot 18

32 – Rijksbijdrage volksgezondheid

Dekking uitgaven AWBZ

33 – Jeugdbeleid

Betaalbaarheid jeugdzorg
Betaalbaarheid jeugdzorg
Kwaliteit jeugdzorg
Ontwikkeling van jeugdigen
Toegankelijkheid jeugdzorg
Personeel en materieel kernministerie

34 – Maatschappelijke ondersteuning

Afbouw/overdracht van taken
Maatschappelijke en vrouwenopvang

Artikel 2007

Doelstelling/uitgavensoort 2007

Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod
Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod
Personeel en materieel kernministerie

44 – Maatschappelijke ondersteuning

Actieve participatie in maatschappelijke verbanden
Actieve participatie in maatschappelijke verbanden
Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning

43 – Langdurige zorg

Personeel en materieel kernministerie

44 – Maatschappelijke ondersteuning

Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen

42 – Gezondheidszorg

Realisatie toegankelijk zorgaanbod
Realisatie toegankelijk zorgaanbod

98 – Algemeen

Personeel en materieel kernministerie

41 – Volksgezondheid

Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg

42 – Gezondheidszorg

Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod
Realisatie toegankelijk zorgaanbod
Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod

43 – Langdurige zorg

Toegang vergelijkbare informatie zorgaanbod
Toegang vergelijkbare informatie zorgaanbod
Toegang vergelijkbare informatie zorgaanbod
Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod

98 – Algemeen

Personeel en materieel kernministerie

42 – Gezondheidszorg

Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg

42 – Gezondheidszorg

Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg

43 – Langdurige zorg

LZ is collectief en voor cliënt betaalbaar

45 – Jeugdbeleid

Tijdig juiste hulp voor geïndiceerde kinderen
Betaalbare jeugdzorg
Kwalitatief goede jeugdzorg
Tijdige ondersteuning bij opvoeden en verzorgen
Tijdige indicatie ernstig bedreigde kinderen
Personeel en materieel kernministerie

44 – Maatschappelijke ondersteuning

Actieve participatie in maatschappelijke verbanden
Tijdelijke ondersteuning van burgers met beperking

Was-wordt-tabel	
Artikel 2006 Doelstelling/uitgavensoort 2006	Artikel 2007 Doelstelling/uitgavensoort 2007
Maatschappelijke participatie en leefbaarheid Maatschappelijke participatie en leefbaarheid Transparantie en kwaliteit maatschappelijke zorg Zelfredzaamheid van burgers Personeel en materieel kernministerie 35 – Sportbeleid Gezond door sport Meedoen door sport Normen en waarden door sport Sport aan de top Personeel en materieel kernministerie 36 – Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II Infrastructuur herinnering WO II Kwaliteit stelsel hulpverlening oorlogsgetroffenen Personeel en materieel kernministerie 37 – Inspecties Inspectie jeugdzorg 37 – Inspecties Inspectie Gezondheidszorg 38 – Tegemoetkoming in zorgkosten Tegemoetkomen in de kosten van zorg 38 – Tegemoetkoming in zorgkosten Tegemoetkoming buitengewone uitgaven 38 – Tegemoetkoming in zorgkosten Personeel en materieel kernministerie 98 – Algemeen Internationale samenwerking Gezondheidsraad Personeel en materieel kernministerie Raad voor de Volksgezondheid en Zorg Raad voor Gezondheidsonderzoek Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling Sociaal en Cultureel Planbureau Strategisch onderzoek NVI Strategisch onderzoek RIVM 99 – Nominaal en onvoorzien Loonbijstelling Onvoorzien Prijsbijstelling Taakstelling	Actieve participatie in maatschappelijke verbanden Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning Actieve participatie in maatschappelijke verbanden Actieve participatie in maatschappelijke verbanden Personeel en materieel kernministerie 46 – Sport Gezond door sport Meedoen door sport Meedoen door sport Sport aan de top Personeel en materieel kernministerie 47 Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II Herinnering en bewustzijn WO II Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II Personeel en materieel kernministerie 45 – Jeugdbeleid Inspectie jeugdzorg 98 – Algemeen Inspectie Gezondheidszorg 42 – Gezondheidszorg Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg 43 – Langdurige zorg LZ is collectief en voor cliënt betaalbaar 98 – Algemeen Personeel en materieel kernministerie 98 – Algemeen Internationale samenwerking Gezondheidsraad Personeel en materieel kernministerie Raad voor de Volksgezondheid en Zorg Raad voor Gezondheidsonderzoek Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling Sociaal en Cultureel Planbureau Strategisch onderzoek NVI Strategisch onderzoek RIVM 99 – Nominaal en onvoorzien Loonbijstelling Onvoorzien Prijsbijstelling Taakstelling

Wordt-was-tabel	
Artikel 2007 Doelstelling 2007	Artikel 2006 Doelstelling 2006
41 – Volksgezondheid Bevorderen van een gezonde leefstijl Voedsel- en productveiligheid	21 – Preventie en gezondheidsbescherming Verslavingszorg Consumenten- en productveiligheid

Wordt-was-tabel**Artikel 2007**

Doelstelling 2007

Voorkomen gezondheidsschade door ongevallen
Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten
Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg
Personeel en materieel kernministerie

41 – Volksgezondheid

Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg

42 – Gezondheidszorg

Consument kiest zorgverzekeraar en zorgaanbieder
Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod
Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg
Personeel en materieel kernministerie

42 – Gezondheidszorg

Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod
Realisatie toegankelijk zorgaanbod
Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg
Personeel en materieel kernministerie

42 – Gezondheidszorg

Realisatie toegankelijk zorgaanbod

42 – Gezondheidszorg

Realisatie kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod
Realisatie toegankelijk zorgaanbod

42 – Gezondheidszorg

Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg

42 – Gezondheidszorg

Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg

42 – Gezondheidszorg

Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijk zorg

43 – Langdurige zorg

Tijdige en goede indicatie
Keuze kwalitatief voldoende zorgaanbod
Personeel en materieel kernministerie

43 – Langdurige zorg

Tijdige en goede indicatie
Keuze kwalitatief voldoende zorgaanbod
Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod
LZ is collectief en voor cliënt betaalbaar

43 – Langdurige zorg

Keuze kwalitatief voldoende zorgaanbod
Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod
LZ is collectief en voor client betaalbaar
Personeel en materieel kernministerie

43 – Langdurige zorg

Personeel en materieel kernministerie

43 – Langdurige zorg

Toegang vergelijkbare informatie zorgaanbod
Keuze voldoende en gevarieerd zorgaanbod

Artikel 2006

Doelstelling 2006

Consumenten- en productveiligheid
Programmering onderzoek/ontwikkeling
Toegankelijkheid en kwaliteit preventieve zorg
Personeel en materieel kernministerie

30 – Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid

Ethisch verantwoord handelen

22 – Curatieve zorg

Eerstelijns zorg
Tweedelijns zorg
Tweedelijns zorg
Personeel en materieel kernministerie

23 – Geneesmiddelen en medische technologie

Medische technologie en transplantaten
Medische technologie en transplantaten
Geneesmiddelen
Personeel en materieel kernministerie

29 – Arbeidsmarktbeleid

Terugdringen personeelstekorten

30 – Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid

Modernisering beroepenstructuur
Modernisering beroepenstructuur

31 – Zorgverzekeringen

Stelselherziening

32 – Rijksbijdrage volksgezondheid

Rijksbijdrage kinderen tot 18

38 – Tegemoetkoming in zorgkosten

Tegemoetkomen in de kosten van zorg

25 – AWBZ-brede zorg

Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ)
Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ)
Personeel en materieel kernministerie

26 – Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid

Bevorderen rechtspositie van mensen met beperking
Regelen randvoorwaarden voor zorg, wonen en MO
Gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen
Verbeteren doelmatigheid zorg- en dienstverlening

27 – Verpleging, verzorging en ouderen

Kwaliteit ouderenzorg
Tijdigheid en toegankelijkheid ouderenzorg
Doelmatigheid ouderenzorg
Personeel en materieel kernministerie

28 – Wet Voorzieningen Gehandicapten

Personeel en materieel kernministerie

30 – Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid

Regulering van de zorg
Regulering van de zorg

Wordt-was-tabel

Artikel 2007

Doelstelling 2007

43 – Langdurige zorg

LZ is collectief en voor cliënt betaalbaar

43 – Langdurige zorg

LZ is collectief en voor cliënt betaalbaar

44 – Maatschappelijke ondersteuning

Actieve participatie in maatschappelijke verbanden
Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning
Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen
Personeel en materieel kernministerie

44 – Maatschappelijke ondersteuning

Actieve participatie in maatschappelijke verbanden
Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning

44 – Maatschappelijke ondersteuning

Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen

44 – Maatschappelijke ondersteuning

Actieve participatie in maatschappelijke verbanden
Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning
Tijdelijke ondersteuning van burgers met beperking
Personeel en materieel kernministerie

45 – Jeugdbeleid

Tijdige ondersteuning bij opvoeden en verzorgen
Tijdige indicatie ernstig bedreigde kinderen
Kwalitatief goede jeugdzorg
Tijdig juiste hulp voor geïndiceerde kinderen
Betaalbare jeugdzorg
Personeel en materieel kernministerie

45 – Jeugdbeleid

Inspectie jeugdzorg

46 – Sport

Gezond door sport
Meedoen door sport
Sport aan de top
Personeel en materieel kernministerie

47 – Oorlogsgetroffenen en herinnering

Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II
Herinnering en bewustzijn WO II
Personeel en materieel kernministerie

98 – Algemeen

Personeel en materieel kernministerie

98 – Algemeen

Personeel en materieel kernministerie

98 – Algemeen

Inspectie Gezondheidszorg

98 – Algemeen

Personeel en materieel kernministerie

98 – Algemeen

Sociaal en Cultureel Planbureau
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

Artikel 2006

Doelstelling 2006

32 – Rijksbijdrage volksgezondheid

Dekking uitgaven AWBZ

38 – Tegemoetkoming in zorgkosten

Tegemoetkoming buitengewone uitgaven

26 – Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid

Verbeteren doelmatigheid zorg- en dienstverlening
Gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen
Regelen randvoorwaarden voor zorg, wonen en MO
Personeel en materieel kernministerie

27 – Verpleging, verzorging en ouderen

Passendheid en keuzevrijheid ouderenzorg
Samenwerking mantel- en professionele ouderenzorg

28 – Wet Voorzieningen Gehandicapten

Maatschappelijke participatie ouderen+gehandicapte

34 – Maatschappelijke ondersteuning

Afbouw/overdracht van taken
Maatschappelijke participatie en leefbaarheid
Maatschappelijke en vrouwenopvang
Personeel en materieel kernministerie

33 – Jeugdbeleid

Ontwikkeling van jeugdigen
Toegankelijkheid jeugdzorg
Kwaliteit jeugdzorg
Betaalbaarheid jeugdzorg
Betaalbaarheid jeugdzorg
Personeel en materieel kernministerie

37 – Inspecties

Inspectie jeugdzorg

35 – Sportbeleid

Gezond door sport
Meedoen door sport
Sport aan de top
Personeel en materieel kernministerie

36 – Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II

Kwaliteit stelsel hulpverlening oorlogsgetroffenen
Infrastructuur herinnering WO II
Personeel en materieel kernministerie

29 – Arbeidsmarktbeleid

Personeel en materieel kernministerie

30 – Marktordening, opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid

Personeel en materieel kernministerie

37 – Inspecties

Inspectie Gezondheidszorg

38 – Tegemoetkoming in zorgkosten

Personeel en materieel kernministerie

98 – Algemeen

Sociaal en Cultureel Planbureau
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

Wordt-was-tabel	
Artikel 2007 Doelstelling 2007	Artikel 2006 Doelstelling 2006
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg Gezondheidsraad Raad voor Gezondheidsonderzoek Personeel en materieel kernministerie Strategisch onderzoek RIVM Strategisch onderzoek NVI Internationale samenwerking	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg Gezondheidsraad Raad voor Gezondheidsonderzoek Personeel en materieel kernministerie Strategisch onderzoek RIVM Strategisch onderzoek NVI Internationale samenwerking
99 – Nominaal en onvoorzien Loonbijstelling Prijsbijstelling Onvoorzien Taakstelling	99 – Nominaal en onvoorzien Loonbijstelling Prijsbijstelling Onvoorzien Taakstelling

B. Premie

Was-wordt-tabel	
Artikel 2006 Premie-informatie 2006	Artikel 2007 Premie-informatie 2007
21 – Preventie en gezondheidsbescherming Preventieve zorg Ouder- en kindzorg Groeiruimte preventie en gezondheidsbescherming	41 – Volksgezondheid Preventieve zorg Ouder- en kindzorg Groeiruimte Volksgezondheid
22 – Curatieve zorg Huisartsenzorg Gezondheidscentra Tandheelkundige zorg Fysiotherapie Logopedie Ergotherapie Verloskundige zorg Kraamzorg Algemene en categorale ziekenhuizen Academische Ziekenhuizen Overig curatieve zorg Medisch specialistische hulp Tandheelkundige specialistische zorg Ambulancevervoer Overig ziekenvervoer Grensoverschrijdende zorg Dieetadvisering Groeiruimte ziekenhuizen en medisch specialisten Demo extramurale zorg Demo overig curatieve zorg Demo overig curatieve zorg	42 – Gezondheidszorg Huisartsen Subsidies gezondheidszorg Tandheerkunde en tandheelkundige specialistische zorg Paramedische hulp Paramedische hulp Paramedische hulp Verloskunde en kraamzorg Verloskunde en kraamzorg Algemene en categorale ziekenhuizen Academische Ziekenhuizen Overig curatieve zorg Medisch specialististen Tandheerkunde en tandheelkundige specialistische zorg Ambulancevervoer Overig ziekenvervoer Grensoverschrijdende zorg Dieetadvisering Groeiruimte ziekenhuizen en medisch specialisten Groeiruimte extramurale zorg Groeiruimte overig curatieve zorg Groeiruimte ziekenvervoer
23 – Geneesmiddelen en medische technologie Farmaceutische hulp Subsidies	42 – Gezondheidszorg Farmaceutische hulp Subsidies gezondheidszorg
25 – AWBZ-brede zorg GGZ Psychiatrische afdelingen Algemene Ziekenhuizen Subsidieregelingen GGZ PGB's Groeiruimte AWBZ	43 – Langdurige zorg Geestelijke gezondheidszorg Geestelijke gezondheidszorg Subsidies langdurige zorg PGB's Groeiruimte langdurige zorg

Was-woordt-tabel	
Artikel 2006 Premie-informatie 2006	Artikel 2007 Premie-informatie 2007
26 – Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid Hulpmiddelen Hulpmiddelen	42 – Gezondheidszorg Hulpmiddelen Subsidies gezondheidszorg
26 – Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid Gehandicaptenzorg intramuraal Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten	43 – Langdurige zorg Gehandicaptenzorg Subsidies Langdurige zorg
26 – Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid MEE (voorheen Sociaal pedagogische diensten)	44 – Maatschappelijke ondersteuning MEE-instellingen
27 – Verpleging, verzorging en ouderen Verpleeghuizen Verzorgingshuizen Thuiszorg Subsidieregelingen V&V	43 – Langdurige zorg Verpleging & Verzorging Verpleging & Verzorging Verpleging & Verzorging Subsidies Langdurige zorg
31 – Zorgverzekeringen Beheerskosten verzekeraars en uitvoeringsorganen Beheerskosten ZBO's topstructuur zorgsector Diversen (premie) Groeiruumte beheer zorgverzekeringen	43 – Langdurige zorg Beheerskosten/diversen AWBZ Beheerskosten/diversen AWBZ Beheerskosten/diversen AWBZ Beheerskosten/diversen AWBZ
99 – Nominaal en onvoorzien Aanvullende post	99 – Nominaal en onvoorzien Nominaal en onvoorzien

Wordt-was-tabel	
Artikel 2007 Premie-informatie 2007	Artikel 2006 Premie-informatie 2006
41 – Volksgezondheid Preventieve zorg Ouder- en kindzorg Groeiruumte Volksgezondheid	21 – Preventie en gezondheidsbescherming Preventieve zorg Ouder- en kindzorg Groeiruumte preventie en gezondheidsbescherming
42 – Gezondheidszorg Huisartsen Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg Paramedische hulp Paramedische hulp Paramedische hulp Verloskunde en kraamzorg Verloskunde en kraamzorg Dieetadvisering Groeiruumte extramurale zorg Algemene en categorale ziekenhuizen Academische ziekenhuizen Medisch specialisten Overig curatieve zorg Groeiruumte ziekenhuizen en medisch specialisten Groeiruumte overig curatieve zorg Ambulancevervoer Overig ziekenvervoer Groeiruumte ziekenvervoer Grensoverschrijdende zorg	22 – Curatieve zorg Huisartsenzorg Tandheelkundige zorg Tandheelkundige specialistische zorg Fysiotherapie Logopedie Ergotherapie Verloskundige zorg Kraamzorg Dieetadvisering Demo extramurale zorg Algemene en categorale ziekenhuizen Academische Ziekenhuizen Medisch specialistische hulp Overig curatieve zorg Groeiruumte ziekenhuizen en medisch specialisten Demo overig curatieve zorg Ambulancevervoer Overig ziekenvervoer Demo overig curatieve zorg Grensoverschrijdende zorg

Wordt-was-tabel**Artikel 2007**

Premie-informatie 2007

Subsidies Gezondheidszorg

42 – Gezondheidszorg

Farmaceutische hulp

Subsidies Gezondheidszorg

42 – Gezondheidszorg

Hulpmiddelen

Subsidies Gezondheidszorg

43 – Langdurige zorg

Geestelijke gezondheidszorg

Persoonsgebonden budgetten

Groeiruimte langdurige zorg

43 – Langdurige zorg

Gehandicaptenzorg

Subsidies langdurige zorg

43 – Langdurige zorg

Verpleging & Verzorging

Verpleging & Verzorging

Verpleging & Verzorging

Subsidies langdurige zorg

43 – Langdurige zorg

Beheerskosten/diversen AWBZ

Beheerskosten/diversen AWBZ

Beheerskosten/diversen AWBZ

Beheerskosten/diversen AWBZ

44 Maatschappelijke ondersteuning

MEE-instellingen

99 – Nominaal en onvoorzien

Nominaal en onvoorzien

Artikel 2006

Premie-informatie 2006

Gezondheidscentra

23 – Geneesmiddelen en medische technologie

Farmaceutische hulp

Subsidies

26 – Gehandicapten- en hulpmiddelen beleid

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen

25 – AWBZ-brede zorg

GGZ

PGB's

Groeiruimte AWBZ

26 – Gehandicapten- en hulpmiddelen beleid

Gehandicaptenzorg intramuraal

Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten

27 – Verpleging, verzorging en ouderen

Verpleeghuizen

Verzorgingshuizen

Thuiszorg

Subsidieregelingen V&V

31 – Zorgverzekeringen

Beheerskosten verzekeraars en uitvoeringsorganen

Beheerskosten ZBO's topstructuur zorgsector

Diversen (premie)

Groeiruimte beheer zorgverzekeringen

26 Gehandicapten en hulpmiddelen beleid

MEE (voorheen Sociaal pedagogische diensten)

99 – Nominaal en onvoorzien

Aanvullende post

MOTIES

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Smilde c.s. over een aangepaste regeling voor zittend ziekenvervoer	29 763, nr.77	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 oktober 2005 (30 300 XVI, nr. 24).
Motie-Smits c.s. over zelfstandig wonen voor mensen met een ernstige handicap	26 631, nr. 122	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 30 juni 2005 (26 631, nr. 143).
Motie-Cörüz c.s. over onderzoek naar de werkwijze van bureaus jeugdzorg en aanbevelingen voor verbetering daarin	29 815, nr. 16	AFGEHANDELD Zie brief minister van Justitie d.d. 25 augustus 2005 (29 815, nr. 37).
Motie-Kalsbeek c.s. over wettelijke verankering van de norm dat bescherming van het kind primaire doelstelling is in de jeugdzorg	29 815, nr. 15	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 20 september 2005 (29 815, nr. 40).
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 in de tweede helft van 2006 aan de Kamer worden gezonden.
Motie-Vietsch c.s. over tijdschrijven door verpleegkundigen en verzorgenden	29 200-XVI, nr. 85	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juni 2006 (26 631, nr. 180).
Motie-Vietsch c.s. over de eigen bijdrage voor activerende en ondersteunende begeleiding bij PGB	26 631, nr. 124	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 23 november 2005 (26 631, nr. 153).
Gewijzigde motie-Van Miltenburg c.s. over een visienotitie over de vermaatschappelijking van de zorg	29 800 XVI, nr. 69	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 25 oktober 2005 (30 300 XVI, nr. 18).
Motie-Vietsch c.s. over afbouw en extramuralisering tegen de wens van in AWBZ-instellingen wonende cliënten	29 800 XVI, nr. 48	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 23 december 2005 (27 659, nr. 71).
Motie-Tonkens c.s. over concrete en meetbare criteria voor pilots	29 538, nr. 23	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 8 september 2005 (29 538, nr. 30).
Motie-Tonkens c.s. over toepassen van een emancipatie-effectrapportage op het wetsvoorstel WMO	29 538, nr. 24	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 23 december 2005 (29 538, nr. 35).
Motie-Verbeet/Tonkens over beoordeling van pilots op de mate van ontschotting	29 538, nr. 26	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 19 december 2005 (30 131, nr. 35).
Motie-Vietsch c.s. over budget voor AWBZ-instellingen voor terugkeer van patiënten na ziekenhuisopname	29 800 XVI, nr. 49	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juni 2006 (26 631, nr. 180).
Motie-Lambrechts c.s. over een gezamenlijk onderzoek naar de verpleeghuiszorg door de Algemene Rekenkamer en het CTG	29 800 XVI, nr. 189	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 21 juni 2006.
Motie-Verbeet c.s. over nieuwe tarieven voor de verpleeghuiszorg	29 800 XVI, nr. 188 gewijzigd	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 20 september 2005 (30 300 XVI, nr. 4).
Motie-Veenendaal c.s. over bewustmaking van het grote belang van registratie	28 140, nr. 26	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 7 september 2005 (28 140, nr. 29).

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Timmer over ondersteuning van het «Netwerk ff contact :-))»	27 529, nr. 10	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 8 juli 2005 (27 529, nr. 16).
Motie Heemskerk c.s. over een ex ante toetsing van zorg-instellingen	29 763, nr. 49	AFGEHANDELD Zie antwoord op kamervragen Heemskerk en Arib (2 040 511 960).
Motie van het lid Swenker c.s. inzake de vloeiende overgang naar het nieuwe zorgverzekeringsstelsel	29 623, 29 762 en 29 763, EK-E	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 16 september 2005 (29 800, XVI, nr. 212).
Motie-Arib over een onderzoek naar de toegankelijkheid van medische zorg aan asielzoekers	29 484, nr. 6	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 1 juni 2006 (29 484, nr. 13).
Motie-Arib c.s. over periodieke controle door jeugdartsen, c.q. praktijkverpleegkundigen	22 894, nr. 32	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 augustus 2005 (22 894, nr. 66).
Motie-Van Miltenburg/Smits over diagnostiek en behandeling van dyslexie	29 200-XVI, nr. 98	CVZ heeft gerapporteerd over eerste fase ontwikkeling diagnose-instrument en behandelprotocol dyslexie. CVZ heeft opdracht gekregen voor de tweede fase. Deze fase loopt. Het CVZ-advies wordt in het najaar/eind 2006 verwacht.
Motie-Rijpstra over een meerjarenplan om bewegingsarmoede terug te dringen	29 200-XVI, nr. 43	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 2 september 2005 (30 234, nr. 1).
Motie-Verbeet c.s. over vrijwilligerswerk in de sport	29 200-XVI, nr. 39	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 19 oktober 2005 (30 334, nr. 1).
Motie Atsma/Rijpstra over de toekenning van publieke en semi-publieke middelen door een onafhankelijke organisatie	29 800 XVI, nr. 87	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 2 september 2005 (30 234, nr. 1).
Motie Rijpstra over lichamelijke opvoeding in de leerplichtige leeftijd	29 800 XVI, nr. 88	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 2 september 2005 (30 234, nr. 1).
Motie Oudkerk over een verbod op happy-hours	27 565, nr. 8	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 5 april 2006 (29 894, nr. 7).
Motie Oudkerk over een verbod alcoholmarketing gericht op jongeren	27 565, nr. 7	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 24 maart 2006 (29 894/27 565, nr. 11)
Motie-Timmer/Van der Staaij over de effecten van afspraken over zelfregulering	29 894, nr. 6	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 24 maart 2006 (29 894/27 565, nr. 11).
Motie-Timmer/Van der Staaij over afspraken over maatregelen op het gebied van happy hours en stunts met alcoholprijzen	29 894, nr. 5	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 5 april 2006 (29 894, nr. 7/27 565, nr. 12).
Motie-Van der Staaij c.s. over nakoming toezegging wettelijk verbod op verkoop van alcohol beneden de kostprijs	29 894, nr. 7	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 5 april 2006 (29 894, nr. 7/27 565, nr. 12).

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Hermann over duidelijke vermelding alcoholpercentage en leeftijdsgrens op verpakking en intensivering leeftijdscontrole bij verkoop	27 565, nr. 5	De Europese Commissie is met een consultatietraject gestart. Het tweede deel van de motie is uitgevoerd.
Motie Van der Vlies over een wettelijk verbod stuntaanbiedingen en dump prijzen m.b.t. alcohol	27 565, nr. 16	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 14 december 2005 (30 300 XVI, nr. 104).
Motie-Van der Laan c.s. over structurele financiering van heroïnebehandelingsplaatsen	24 077, nr. 161	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 23 augustus 2005 (24 077, nr. 166).
Motie-Heemskerk over risicoselectie op het aanbod van aanvullende verzekeringen aan bestaande verzekerden	30 124, nr. 21	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 7 december 2005 (29 689, nr. 46).
Motie-Heemskerk over het niet verzekerd zijn van minderjarigen	30 124, nr. 22	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 december 2005 (29 689, nr. 47).
Motie-Omtzigt over definitieve vaststelling en uitbetaling van de no-claim zonder de mogelijkheid van terugvordering	30 124, nr. 30	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 16 juni 2006 (29 483, nr. 27).
Motie-Omtzigt over aanvragen voor de zorgtoeslag	30 124, nr. 33	AFGEHANDELD Zie brief van het Ministerie van Financiën (DGB 2005–5063 M).
Gewijzigde motie-Heemskerk c.s over de inhoud van polissen	29 763, nr. 86	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 23 september 2005 (29 689, nr. 18).
Motie-Arib over aanpassing van de pakketmaatregel psychotherapie	30 300 XVI, nr. 148	Begin oktober 2006 zal de Kamer hierover worden geïnformeerd.
Motie Arib c.s. over aanscherping van de aanrijtijden	29 835, nr. 32	Deze motie wordt betrokken bij het op te stellen programma van eisen voor ambulancediensten.
Motie Koser Kaya over de maximale aanrijtijd	29 835, nr. 33	Deze motie wordt betrokken bij het op te stellen programma van eisen voor ambulancediensten.
Motie-Cörüz/Örgü over een onderzoek naar de precieze omvang en oorzaak van de wachtlijsten jeugdzorg per provincie	29 815, nr. 52	De Kamer wordt voor de Algemene Politieke Beschouwingen geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek.
Motie-Mosterd c.s. over zorg en ondersteuning van mensen die niet voor de functie verblijf zijn geïndiceerd, maar wel blijvend veel AWBZ-zorg nodig hebben	30 131, nr. 75	Aan de uitvoering van de motie wordt gewerkt. De Kamer wordt in het voorjaar van 2007 over de betreffende maatregelen geïnformeerd.
Motie-Mosterd/Bakker over de eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg	30 131, nr. 76	De uitvoering van deze motie wordt overgelaten aan het volgende kabinet.
Gewijzigde motie-Van Miltenburg/Smits over een plan van aanpak waarin het bevorderen van scheiden van wonen en zorg centraal staat	27 659, nr. 63	De Kamer is op 20 juni over de uitvoering van de motie geïnformeerd (kenmerk: DMO/PO-2 695 213).
Motie-Van Miltenburg/Bakker over onafhankelijke financiering van cliëntenraden	30 131, nr. 96	De Kamer wordt hierover in september 2006 geïnformeerd in een brief over de stand van zaken over de uitvoering van de Wmo.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Atsma c.s. over een collectieve aansprakelijkheidsverzekering en/of andere verzekeringen voor vrijwilligers en hun organisaties	30 300 XVI, nr. 73	Dit onderwerp wordt meegenomen in een stand van zaken brief vrijwillige inzet mantelzorg. Deze brief ontvangt de Kamer voor het eind van het zomerreces 2006.
Motie-Azough c.s. over extra middelen voor ondersteuning van mantelzorgers	30 131, nr. 88	Hierover is nog overleg gaande met Mezzo. De Kamer wordt zo spoedig mogelijk over de uitkomsten geïnformeerd.
Motie-Kant c.s. over de extra kosten voor rolstoelvoorzieningen in de gemeente Arnhem	30 131, nr. 78	De Kamer wordt voor het einde van het zomerreces over de uitvoering van deze motie geïnformeerd.
Motie-Rouvoet over het betrekken van maatschappelijke instellingen en organisaties bij de invoering van de WMO	30 131, nr. 84	De instellingen en organisaties participeren in de klankbordgroep implementatie WMO. Daarnaast zijn er bijeenkomsten georganiseerd met vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties.
Motie-Van Miltenburg c.s. over vertegenwoordiging van het Centrum Indicatiestelling Zorg bij alle zorgketten	30 131, nr. 95	Het CIZ is opgedragen te participeren in de lokale loketten en geeft hieraan uitvoering.
Motie-Verbeet c.s. over de huishoudelijke verzorging aan cliënten met een ernstige verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking	30 131, nr. 80	In de handreiking hulp bij het huishouden wordt aangegeven op welke manier er aandacht besteed kan worden aan genoemde groepen.
Motie-Verbeet c.s. over het investeren in good practices	30 131, nr. 82	De motie is uitgevoerd door middel van de Wmo-pilots. Good practices worden verspreid via www.invoering-wmo.nl .
Motie-Verbeet/Bakker over de mediatiecommissie	30 131, nr. 81	Inmiddels is het overleg gestart met het Nederlands Centrum voor mediation.
Motie-Kraneveldt c.s. over aandacht voor kwaliteit en kwantiteit van gemeentelijke ondersteuning van het vrijwilligerswerk	30 131, nr. 93	De uitvoering van de motie wordt meegenomen in de opzet van de evaluatie Wmo.
Motie-Rouvoet c.s. over ondersteuning van en training aan lokale initiatieven ter mobilisering van vrijwillige inzet	30 131, nr. 85	Ter uitvoering van de motie heeft de Stichting Present een subsidieverzoek ingediend. Het besluit over dit verzoek wordt op korte termijn genomen.
Motie-Dittrich c.s. over een registratiesysteem voor delicten met een homofobe achtergrond	27 017, nr. 20	Over de uitvoering van de motie is overleg gaande met de ministeries BZK en Justitie.
Motie-Dittrich c.s. over het homovriendelijker maken van de zorg	27 017, nr. 21	Ter uitvoering van deze motie zal ANBO samen met het COC en de Schorerstichting een projectaanvraag indienen met een subsidieverzoek.
Motie-Schippers c.s. over het in de begroting van 2007 voldoen aan de VBTB-systematiek	30 300-XVI, nr. 50	De motie wordt uitgevoerd in de begroting 2007.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Buijs c.s. over inzicht in nieuwe criteria voor het GVS	29 359/28 494, nr. 86	Afhandeling van de motie wacht op GVS-rapport. Dit rapport wordt in oktober 2006 verwacht waarna de kamer wordt geïnformeerd.
Motie-Arib over scheiding van taken van de apotheker	29 359/28 494, nr. 69	De Kamer wordt voor september 2006 over de uitvoering van de motie geïnformeerd.
Motie-Vendrik c.s. over het omlaag brengen van het aantal doden als gevolg van verkeerd medicijngebruik	29 359/28 494, nr. 71	De Kamer wordt voor het eind van 2006 hierover geïnformeerd.
Motie-Heemskerk over een onderzoek door de CTG-ZAio naar de praktijkvoering van orthodontisten	30 300 XVI, nr. 39	De Kamer wordt voor eind 2006 geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek van CTG-ZAio.
Motie-Heemskerk/Omtzigt over gelijkwaardige positionering van de Inspectie voor de gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit	30 186, nr. 48	De Kamer wordt hierover in september 2006 geïnformeerd.
Motie-Arib over uitleg bij afwijking van de Good Governance Code	27 659, nr. 75	De Kamer ontvangt voor de begrotingsbehandeling van VWS een voorstel voor de uitvoering van de motie.
Motie-Omtzigt c.s. over een plan voor regelvrije zones	30 186, nr. 47	De uitvoering van de motie wordt ter hand genomen na inwerkingtreding WMG.
Motie-Kant c.s. over een maximumsalaris in de zorg	27 659, nr. 74	De Kamer wordt in augustus 2006 geïnformeerd.
Motie-Kant c.s. over een plan voor de implementatie van de Perinatal Audit	29 323, nr. 24	De Kamer ontvangt voor het eind van 2006 een implementatieplan voor de perinatal audit.
Motie-Atsma c.s. over een herkenbaar anti-dopingbeleid voor sportscholen en fitnesscentra en een kwaliteitskeurmerk voor deze sector	30 300 XVI, nr. 72	Overleg met de branche en anti-dopingautoriteit Nederland is gaande. Het komende najaar worden nadere afspraken over de aanpak gemaakt.
Motie-Verbeet c.s. over de ontwikkeling van jeugdsportfondsen	30 300-XVI, nr. 81	Overleg is gaande met de Stichting Jeugdsportfondsen om deze in facilitaire zin te steunen door een bijdrage aan de «back-office» op landelijk niveau.
Motie-Van der Sande c.s. over een notitie over de mogelijkheden van fiscale maatregelen die sport ondersteunen	30 300-XVI, nr. 82	Het overleg met het ministerie van Financiën is afgerond. De Kamer is bij brief van 30 augustus geïnformeerd.
Motie-Verbeet over het structureel maken van de regeling voor het bevorderen van het zwemmen	30 300-XVI, nr. 70	Deze motie is tijdens het AO over het sportprogramma op 15 juni jl. door de staatssecretaris behandeld. De kamer wordt hierover op korte termijn geïnformeerd.
Motie-Atsma c.s. over het optimaal benutten van bestaande sportaccommodaties in wijk en buurt	30 300-XVI, nr. 74	Er wordt overleg gevoerd met de partners (OCW en NOC*NSF) in de Alliantie School en Sport. De motie wordt betrokken bij de uitvoering van de motie Verhagen (30 300, nr. 9). Deze motie ligt primair op het terrein van OCW.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Schippers over aanpassing van het experiment persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet	30 300-XVI, nr. 149	De Kamer wordt over de uitvoering van deze motie geïnformeerd in de achtste voortgangsrapportage over de zorgverzekeringswet (september 2006).
Gewijzigde motie-Kant over een registratiesysteem voor privé-klinieken	30 173, nr. 15	De Kamer zal eind 2006 hierover worden geïnformeerd.
Motie-Verbeet c.s. over het op nul stellen van de eigen bijdrage voor een rolstoel	29 538, nr. 37	Aan deze motie is uitvoering gegeven in het concept-Besluit maatschappelijke ondersteuning dat begin juli 2006 naar de Raad van State is gezonden.

TOEZEGGINGEN

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Evaluatie Wet foetaal weefsel	Plenaire behandeling wetsvoorstel Foetaal weefsel d.d. 6 november 2001	Het evaluatieplan wordt opgesteld. Opdracht voor de evaluatie zal nog in 2006 worden verstrekt.
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	Een volgende tussenrapportage wordt opgenomen in het Voortgangsbericht Jeugdzorg dat in dec. 2006 aan de TK wordt gezonden.
Wetsvoorstel inzake gebruik lichaamsmateriaal (zeggenschap)	Planningsbrief 2004 d.d. 18 mei 2004	Het wetsvoorstel zal in het najaar van 2006 aan de Tweede Kamer worden gezonden.
Het vervolgonderzoek door de IGZ naar huisartsenposten (HAP's)	AO huisartsenzorg d.d. 1 december 2004	De Kamer heeft op 30 juni 2005 een rapportage ontvangen over telefonische bereikbaarheid van HAP's (kenmerk brief CZ/EZ-2594454). De bevindingen van het vervolgonderzoek worden in oktober 2006 verwacht.
Bundeling van regelingen vergoedingssystematiek hulpmiddelen in 1 regeling	Plenair debat d.d. 28 oktober 2004 over begrotingsbehandeling 2005	Het CVZ brengt advies uit over de vergoedingssystematiek van hulpmiddelen. Dit advies is nog niet ontvangen. Naar verwachting zal de Kamer eind 2006 hierover worden geïnformeerd.
Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie	AO Orgaandonatie d.d. 19 januari 2005	De evaluatie zal eind 2006 aan de Kamer worden gezonden.
Voortgangsrapportage diagnostiek en behandeling van dyslexie	Planningsbrief voorjaar 2005 d.d. 24 maart 2005	CVZ heeft gerapporteerd over eerste fase ontwikkeling diagnose-instrument en behandelprotocol dyslexie. CVZ heeft opdracht gekregen voor de tweede fase. Deze fase loopt. Het CVZ-advies wordt in het najaar/eind 2006 verwacht.
Beleidsbrief chronische ziekten	Planningsbrief voorjaar 2005 d.d. 24 maart 2005	De Kamer wordt hierover voor eind 2006 geïnformeerd.
Integrale nota allergie	Planningsbrief voorjaar 2005 d.d. 24 maart 2005	De GR komt naar verwachting in het najaar van 2006 met een advies. Hierna zal de Kamer binnen de gebruikelijke 3 maanden het kabinetsstandpunt ontvangen.
Voortgangsrapportage Transparante en integrale tarieven	Planningsbrief d.d. 2 december 2005	Het nieuwe kabinet dat na de verkiezingen aantreedt, zal verdere uitspraken moeten doen over de kapitaallastenproblematiek.
Evaluatie dure geneesmiddelen	Plenair debat d.d. 10 november 2005 over begroting 2006	De Kamer wordt voor het eind van 2006 geïnformeerd.
Brief over afbouw van meerbedskamers	Planningsbrief d.d. 2 december 2005	De brief zal in september 2006 aan de Kamer worden gezonden.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Nieuwe preventienota	Brief d.d. 10 november 2005 met antwoorden op vragen tijdens begrotingsbehandeling	Een brief over preventiebeleid wordt in oktober 2006 aan de Kamer gezonden.
Standpunt van de minister op het advies over het uurtarief van medisch specialisten	AO DBC d.d. 13 december 2005	De Kamer ontvangt het standpunt op de gegevens van de Orde zo spoedig mogelijk na het zomerreces.
Onderzoek naar orthodontietarieven	Plenaire behandeling WMG d.d. 9 maart 2006	Het CTG/ZAio doet onderzoek. De Kamer wordt voor het eind van 2006 geïnformeerd over de nieuwe tarieven.
Uitkomsten van de CTG/Zaio monitor naar transparantie en kwaliteit van het instrument zorgveiling	AO Kraamzorg d.d. 1 september 2005	De Kamer wordt na de zomer over de uitkomsten van de CTG/Zaio-monitor geïnformeerd.
Ontwikkelen van normen voor aanvaardbare wachttijden in de jeugdzorg	AO Jeugdzorg d.d. 16 maart 2006	Aan de MO-groep is om een voorstel verzocht. De TK wordt in september hierover bij brief geïnformeerd.
Analyse over wachtlijsten/doorlooptijden AMK's	Brief d.d. 29 mei 2006 over voortgangsbericht jeugdzorg	De Kamer zal na de zomer worden geïnformeerd.
De TK informeren over evaluatie eigenbijdrageregeling	AO Jeugdzorg d.d. 7 december 2005	Dit wordt onderdeel van een onderzoek naar een aantal financiële regelingen, o.a. in de pleegzorg. Het onderzoek start in de zomer 2006. De Tweede Kamer zal dan naar verwachting eind 2006/begin 2007 worden geïnformeerd.
CTG-tarieven op basis van informatie uit de Wmo-pilots t.b.v. invoering zorgzwaartefinanciering	Plenaire behandeling begroting VWS 2006 d.d. 10 november 2005	De CTG-tarieven worden in november aan de Kamer gezonden.
Voortgangsrapportage invoering zorgzwaartefinanciering	AO zorgzwaarte-financiering d.d. 13 juni 2006	De Kamer ontvangt de volgende voortgangsrapportage in oktober 2006.
Overleg voeren met vrijwilligersorganisaties over de knelpunten vrijwilligersorganisaties en vervoer	AO Valys d.d. 29 maart 2006	De Tweede Kamer wordt in het najaar geïnformeerd over de uitkomst van het overleg met vrijwilligers-organisaties.
Derde evaluatie van de Wet op de Orgaandonatie zal eind 2006 aan de TK worden gestuurd	AO orgaandonatie d.d. 19 januari 2006	Het evaluatierapport zal eind 2006 aan de Kamer worden gezonden.
Onderzoek naar de verkoop van de morning-afterpil	Brief d.d. 6 juni 2006 over verkoop morning-afterpil	Voor het eind van 2006 wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomst van het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep.
Een internationale vergelijking van salarissen van bestuurders	AO governance d.d. 20 april 2006	De Kamer zal in oktober 2006 worden geïnformeerd.
Toezending standpunt Evaluatie Embryowet	Brief d.d. 19 mei 2006	De Kamer krijgt het standpunt over de evaluatie in september 2006 toegezonden.
Beleidsbrief Seksuele gezondheid	Brief d.d. 23 mei 2006 met reactie op actieplan «seks onder je 25 ^{ste} ».	De Kamer zal de beleidsbrief aan het eind van 2006 ontvangen.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Schriftelijke reactie op beleidsnotitie dovensport	Notaoverleg Sport d.d. 14 november 2005	De Kamer zal de reactie eind 2006 ontvangen.
Voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet	AO voortgang zorg- verzekeringswet d.d. 28 juni 2006	De Kamer zal in september de achtste voortgangsrapportage ontvangen.

AFKORTINGENLIJST

ACBG	Agentschap College Beoordeling van Geneesmiddelen
Actal	Adviescollege toetsing administratieve lasten
ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
ags	adrenogenitaal syndroom
aK	acellulair kinkhoestvaccin
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ao	algemeen overleg
AOR	Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië
APJB	Algemeen en Preventief Jeugdbeleid
A-topsporters	topsporters op wereldniveau en olympisch niveau
AVVV	Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BBAG	Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten
BBP	bruto binnenlands product
BIG (Wet -)	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
BMI	body mass index
BOPZ (Wet -)	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BOS	Regeling buurt, onderwijs en sport
bsn	Burgerservicenummer
BVK	Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties, minister van
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ministerie van -
C&V	Consument en Veiligheid, Stichting
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plans Survey
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBZ	College bouw zorginstellingen
CCE	Centra voor Consultatie en Expertise
CCBH	Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden
CGR	Stichting Code Geneesmiddelenreclame
CHT	congenitale hypothyreoïdie
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, agentschap
CIPI	Code Indeling Prestatie-Indicator
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronische obstructieve longaandoeningen
CQ-index	Consumer Quality index
csa	centrale sterilisatieafdeling
CSZ	Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVTM	Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CZ-IZ	Curatieve Zorg/Intramurale Zorg

DaKTP-Hib	difterie-, acellulair kinkhoest-, tetanus-, polio-, Haemophilus influenzae type b-vaccin
dbc	diagnose-behandelcombinatie
DBO	Directie Bestuursondersteuning
DGB/OAG	Directie Gehandicaptenbeleid/Ontwikkeling en Afstemming Gehandicapten
DGV	Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening, stichting -
DJB	Jeugdbeleid, directie (van VWS)
DJJ	Directie Justitieel Jeugdbeleid
DKTP-Hib	difterie-, kinkhoest-, tetanus-, polio-, Haemophilus influenzae type b-vaccin
DMO	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling
DoCoNed	Doping Controle Nederland
DSP	Directie Sanctie- en Preventiebeleid
DTP	difterie, tetanus en polio
DVVO/ZV	Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen/Zorgvraag
EC	Europese Commissie
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EDeAN	European Design for All e-Accessibility Network
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
EK	Eerste Kamer
EKD	Elektronisch Kind Dossier
emd	elektronisch medicatiedossier
epd	elektronisch patiëntendossier
Erfocentrum	Nationaal Kennis- en Voorlichtingscentrum Erfelijkheid
EU	Europese Unie
EZ	Economische Zaken, ministerie van -
Farmatec	Farmacie en Geneeskundige Technologie
FBG	Forum Biotechnologie & Genetica
FES	Fonds Economische Structuur
fte	fulltime equivalent
fto	farmaco-therapeutisch overleg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD-NL	Gemeentelijke Gezondheidsdienst-Nederland
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
Nederland	
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GIP	Geneesmiddelen Informatie Project
gmp	Good Manufacturing Practices
GMT	Geneesmiddelen en Medische Technologie
GR	Gezondheidsraad
Gsb	grootstedenbeleid
gsr	grootstedelijke regio's
gvs	geneesmiddelenvergoedingssysteem
hap	huisartsenpost
HepB	hepatitis B
HGIS	Homogene Groep Internationale Samenwerking
hiv	humaan immunodeficiëntievirus
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HOZ	Herziening van het Overeenkomstenstelsel
HTA	health technology assessment
IARC	International Agency for Research on Cancer
IB	Inkomstenbelasting

IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
ICT	informatie- en communicatietechnologie
id-banen	instroom-doorstroombanen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IJZ	Inspectie Jeugdzorg
IVZ	Informatievoorziening Zorg, stichting -
Jgz	Jeugdgezondheidszorg
JJI	justitiële jeugdinrichtingen
JONG	Jeugdbeleid Overheid Nu Gezamenlijk, operatie -
KcMI	Kenniscentrum voor Maatschappelijke Inzet
kdc	kinderdagcentrum
KIM	Kennis, Innovatie, Meedoen, nota -
KLPD	Korps Landelijke politiediensten
KMEV	Koninginne-MEV (Macro Economische Verkenningen)
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LMAZ	Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg
Lareb	Stichting Landelijke Registratie en Evaluatie Bijwerkingen
LBIO	Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdrage
LCMR	Landelijke Centrale Middelen Registratie
lemd	landelijk elektronisch medicatiedossier
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
LIPZ	Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg
LVN	Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit, ministerie van -
LOOT	Landelijk Overleg Onderwijs Topsport
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg
Ivg	licht verstandelijk gehandicapten
LVT	Landelijke Vereniging voor de Thuiszorg
MC/MO	Markt en Consument/Marktordening
mcg	meervoudig complex gehandicapt
MEE	Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking
MenC	meningokokken C
mmt	mobiel medisch team
MOgroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
MRSA	methicillineresistente Staphylococcus aureus
MOOZ	Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
MO/VO	Maatschappelijke opvang/Vrouwenopvang
MO/VZ	Maatschappelijke opvang/Verslavingszorg
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
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
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
np	Nurse practitioner

NPCF	Nederlands Patiënten Consumenten Federatie
NPCG	Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten
NPK	Nationaal Programma Kankerbestrijding
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVP	Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen
NVV	Nationale Vaccin Voorziening
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZAio	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, ministerie van -
oggz	openbare geestelijke gezondheidszorg
ok	operatiekamer
OMS	Orde van Medisch Specialisten
OSA	Organisatie van Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
pa	Physician assistant
PG/ZP	Publieke Gezondheid/Ziektepreventie
pgb	persoonsgebonden budget
PGO,	Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en
Fonds -	Ouderenbonden
pkb	persoonlijk kilometerbudget
pku	phenylketonurie
pNB	prijsontwikkeling Nationale Bestedingen
POG/ZP	Preventie en Openbare Gezondheidszorg/Ziektepreventie, directie -
psg	plaatsvervangend secretaris-generaal
PUR	Pensioen- en Uitkeringsraad
RAAK	Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling
rav	regionale ambulancevoorziening
REACH	Registration, Evaluation and Autorisation of Chemicals
RGD	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RGV	Richtlijnen Goede Voeding
rhb	rijkshoofdboekhouding
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RJZ	Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RNG	Rutgers Nisso Groep
RSU-jgz	Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugd-gezondheidszorg
RSV	respiratoir syncytieel virus
RUG	Rijksuniversiteit Groningen
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RvS	Raad van State
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RWT	rechtspersoon met een wettelijke taak
SAIP	Stichting Administratie Indonesische Pensioenen
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
sbv	sectorale berichtenvoorziening
SBVz	Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
seh	spoedeisende hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
soa	seksueel overdraagbare aandoening
SPD NS	Sociaal Pedagogische Dienst Nieuwe Stijl

STING	Beroepsvereniging van de verzorging
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken (voor een rookvrije toekomst)
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SVM	Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ministerie van -
TBS	Terbeschikkingstelling
TBU	Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven
TK	Tweede Kamer
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TNS NIPO	Nederlandse Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TRIP	St. Transfusie Reacties in Patiënten
UvA/VU	Universiteit van Amsterdam/Vrije Universiteit
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
UZOVI	Uniek Zorgverzekeraars Identificatie
V&V	Verpleging en Verzorging
VBOK	Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind
VBTB	Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording
vcp	voedselconsumptiepeiling
VCP	Programma Versterking CliëntenPositie
VEKTIS	informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars
VGP/VL	Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie/Voeding en Levensmiddelen, directie -
VIR	Voorschrift Informatiebeveiliging Rijksdienst
vms	veiligheidsmanagementsysteem
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ministerie van -
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van -
WAZ	Wet op de ambulancezorg
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WBP-Z	Wet buitengewoon pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
wdh	waarneemdossier huisartsen
Wgbh/cz	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte
WGP	Wet geneesmiddelenprijzen
WHO	World Health Organisation – Wereldgezondheidsorganisatie
WILL	Welzijn Informatie Landelijk en Lokaal (project)
WIV	Wet buitengewoon pensioen Indisch Verzet
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WMK	Wet medische keuringen
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	wereldoorlog
WOD	Wet op de dierproeven
WOR	Wergroep Ontwikkeling Risicoverevening
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
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
WZT	Wet op de zorgtoeslag
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
Z/VU	Zorgverzekeringen/Verzekeringsaanpak en Uitvoeringsorganisaties
Zaio	Zorgautoriteit in oprichting
Zbo	zelfstandig bestuursorgaan
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
ZVW	Zorgverzekeringswet

TREFWOORDENREGISTER

Acute zorg 56, 58, 60, 62
Administratieve lasten 6, 32, 35, 51, 72, 79, 87, 90, 186, 206
Alcohol 16, 18, 30, 31, 32, 33, 165, 198, 199, 208
Ambulance 19, 49, 56, 58, 66, 168, 171, 194, 195, 199, 209, 210
Arbeidsmarkt 6, 17, 57, 76, 190, 192, 193, 209
Arbeidsproductiviteit 57, 76, 78
Asthma 32, 64
AWBZ 7, 9, 12, 19, 22, 26, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 90, 91, 93, 141, 146, 147, 149, 151, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 186, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 206
Behandelplaatsen 25, 164
Benchmark 48, 50, 58, 68, 78, 101
Beroepenstructuur 57, 59, 190, 192
Betaalbaarheid 7, 48, 50, 51, 62, 65, 72, 79, 90, 123, 126, 190, 193
Biotechnologie 56, 59, 207
BKZ 21, 146, 147, 148, 154, 155, 156, 157, 162, 163, 166, 170, 175, 179, 186, 206
Bloedvoorziening 67
BOS 84, 85, 106, 110, 111, 113, 181, 206
Bovenregionaal vervoer 81, 90, 91
Breedtesport 18, 105, 106, 110, 111, 112, 113
Budgettair Kader Zorg 19, 22, 24, 146, 147, 148, 149, 151, 163, 166, 170, 175, 179, 186, 206
Cannabis 133, 206
Care 51, 76, 79, 164, 173, 174
Chronische ziekten 20, 29, 38, 41, 42, 47, 189, 192, 203
Chronisch 8, 18, 25, 39, 68, 78, 81, 89, 91, 164, 209, 210
Consumenten 7, 9, 11, 12, 13, 15, 27, 28, 32, 35, 36, 37, 48, 50, 53, 72, 73, 77, 89, 125, 189, 191, 192, 209
Crisisbeheersing 45
Cure 22, 51, 76, 79, 149
DBC 64
Diabetes 17, 30, 39, 41, 53, 64
Diagnose-behandelcombinatie 207
Dierproeven 36, 139, 210
Doping 112, 113, 201, 207
Drugs 33, 121, 164, 183, 189, 208
Eerstelijns 44, 54, 90, 189, 192
Eerstelijnszorg 125, 208
Elektronisch medicatiedossier 52, 53, 167, 173, 183, 207, 208
Ethiek 46, 124
Etikettering 32, 35, 36
Evenwicht 8, 93, 190
Extramuraal 53, 89
Forensische psychiatrie 76
Fysiotherapie 21, 22, 62, 67, 148, 149, 170, 171, 194, 195
Geestelijke gezondheidszorg 19, 69, 73, 92, 93, 152, 153, 154, 156, 160, 167, 174, 178, 194, 196, 207, 209
Gehandicapten 6, 13, 19, 51, 69, 72, 73, 75, 90, 91, 125, 152, 153, 154, 174, 176, 188, 189, 190, 192, 193, 195, 196, 207, 208, 209
Gelijke behandeling 81, 91, 210

Geneesmiddelen 2, 9, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 48, 52, 54, 56, 58, 59, 60, 65, 66, 67, 128, 129, 130, 131, 132, 148, 149, 150, 151, 168, 170, 171, 189, 192, 194, 196, 203, 206, 207, 210
 Gezondheidsraad 20, 31, 120, 124, 191, 194, 207
 Griep pandemie 16, 26, 40, 45, 47, 164
 Grotestedenbeleid 44, 111, 207
 Gsb 207
 Handhaving 30, 32, 33, 66
 Heroïne 25, 33, 34, 164, 199
 Homo-emancipatiebeleid 85
 Huisarts 17, 19, 26, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 62, 65, 67, 141, 167, 173, 183, 194, 195, 203, 207, 210
 ICT 6, 16, 17, 26, 43, 52, 53, 55, 57, 76, 79, 122, 125, 134, 167, 173, 183, 186, 208
 IGZ 4, 6, 13, 28, 34, 39, 41, 43, 52, 53, 54, 59, 68, 72, 73, 120, 125, 126, 137, 173, 203, 208
 IJZ 1, 2, 208
 In natura 74
 Inclusief beleid 91
 Indicatiestelling 6, 68, 70, 71, 74, 90, 96, 99, 100, 102, 103, 173, 200, 206
 Infectieziekten 16, 25, 26, 27, 29, 38, 40, 45, 47, 121, 139, 164, 189
 Informatie- en communicatietechnologie 208
 Innovaties 26, 57, 76, 168
 Inspectie Jeugdzorg 43, 102, 208
 Inspectie voor de Gezondheidszorg 4, 13, 14, 28, 42, 43, 68, 120, 125, 208
 Inspectie 13, 20, 39, 43, 73, 95, 96, 101, 102, 120, 125, 191, 193, 201
 Integratie 77, 78, 93, 108, 109, 113, 122, 145
 Intramuraal 195, 196
 Jeugdgezondheidszorg 25, 27, 29, 43, 44, 45, 46, 95, 165, 208, 209
 Jeugd 1, 5, 9, 14, 15, 18, 19, 20, 25, 26, 33, 44, 46, 49, 75, 76, 84, 85, 95, 96, 97, 98, 101, 103, 104, 108, 109, 110, 114, 115, 117, 119, 164, 165, 180, 190, 191, 193, 198, 201, 206, 207, 208
 Jeugdzorg 9, 15, 20, 25, 26, 43, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 173, 180, 190, 193, 197, 199, 203, 204, 206
 JONG 14, 98, 104, 208
 Kanker 16, 32, 39, 41, 55, 151, 164, 165, 209
 Kennisinstructuur 54, 58, 75, 86, 98, 124, 167
 Kinderdagcentrum 208
 Langdurende zorg 1, 6, 51, 53, 68, 69, 70, 73, 75, 77, 78, 80, 90, 124, 165, 173
 Leefbaarheid 84, 85, 191, 193
 Leefstijl 13, 16, 17, 20, 27, 29, 30, 31, 33, 47, 105, 107, 189, 191
 Letsel Informatie Systeem 37
 Lokaal 16, 27, 30, 38, 43, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 109, 110, 210
 Maatschappelijke ondersteuning 1, 19, 20, 44, 81, 82, 83, 85, 90, 122, 124, 155, 177, 189, 190, 193, 195, 196, 202
 Maatschappelijke opvang 92, 178
 Mantelzorg 86, 87, 88, 89, 200, 206
 Medisch specialisten 19, 22, 49, 64, 150, 194, 195, 204
 Medische hulpmiddelen 54
 Meervoudig complex gehandicapt 208
 Mobiel medisch team 208
 Modernisering 2, 3, 12, 59, 62, 65, 70, 74, 75, 190, 192
 Nieuwe zorgstelsel 52, 55, 126
 Oorlog 1, 20, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 182, 188, 191, 193, 206, 210
 Opleiding 17, 18, 44, 48, 57, 59, 105, 110, 118, 141, 156, 188, 190, 192, 193
 Orgaandonatie 58, 67, 124, 168, 203, 204

Ouderen 6, 17, 37, 51, 59, 72, 85, 86, 125, 188, 189, 190, 192, 193, 195, 196, 207, 209
 Overgewicht 16, 27, 30, 31, 32, 47, 107, 165
 Pakketmaatregelen 21, 23, 148, 151
 Palliatieve zorg 133
 Participatie 15, 20, 81, 83, 84, 86, 89, 98, 110, 113, 176, 189, 190, 191, 193
 Pasgeboren 41, 46
 Persoonsgebonden 19, 69, 74, 77, 196, 202, 209
 Premiemiddelen 165, 168, 171, 173, 174, 178, 183, 186, 188
 Prestatiebekostiging 11, 12, 78
 Preventie 8, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 51, 84, 90, 96, 97, 107, 108, 110, 121, 124, 135, 149, 164, 165, 175, 183, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 204, 206, 207, 208, 209, 210
 Productveiligheid 20, 29, 36, 54, 189, 191, 192
 Projectsubsidies 4, 34, 36, 38, 42, 46, 52, 55, 59, 66, 71, 72, 74, 77, 79, 86, 88, 91, 94, 99, 100, 102, 103, 106, 108, 111, 113, 117, 119
 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 20, 120, 124, 191, 194, 209
 Raad voor Gezondheidsonderzoek 20, 120, 124, 191, 194, 209
 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 20, 120, 191, 193, 209
 Rampen 27, 45, 47, 58, 189, 207
 Regionaal 38, 45, 105, 112
 Risicogroepen 110
 Roken 3, 16, 30, 32, 33, 58, 62, 65, 75, 78, 93, 97, 141, 146, 165, 210
 Salmonella 35
 SCP 4, 6, 85, 87, 88, 106, 109, 120, 121, 122, 123, 209
 Sneller Beter 13, 14, 17, 55, 57, 62
 Soa 40
 Sociaal Cultureel Planbureau 106, 109, 120, 209
 Stelselwijziging 136
 Tabak 16, 30, 31, 32, 33
 TBU 5, 79, 210
 Technologie 52, 54, 56, 58, 59, 60, 65, 125, 141, 189, 192, 194, 196, 207
 Tegemoetkoming buitengewone uitgaven 69, 79, 191, 193, 210
 Tender 58, 185
 Thuiszorg 13, 68, 195, 196, 206, 208
 Tijd voor sport 105
 Toegankelijkheid 7, 12, 48, 50, 51, 56, 57, 62, 72, 73, 76, 79, 90, 91, 119, 123, 126, 189, 190, 192, 193, 198
 Topsport 18, 25, 105, 106, 110, 111, 112, 113, 181, 206, 208
 Transplantaten 189, 192
 Traumazorg 58
 Treeknorm 56, 57, 75
 Tweede lijn 17, 52, 55, 56, 60, 62, 63
 Tweede Wereldoorlog 118
 Vaccinatie 16, 38, 39, 40, 123, 139, 141, 165, 209
 Veiligheid 13, 14, 16, 27, 36, 37, 38, 45, 52, 53, 54, 55, 58, 93, 96, 122, 125, 128, 190, 192, 193, 206, 210, 211
 Vergoeding 48, 64, 65, 78, 79, 129, 130, 132, 140, 141, 150, 151, 157, 158, 159, 166, 171, 172, 173, 176, 179, 187, 203, 207
 Vergrijzing 10, 17, 85, 86
 Vernieuwingen in de zorg 189, 190
 Verpleging 8, 13, 19, 69, 73, 75, 189, 190, 192, 193, 195, 196, 207, 208
 Verslavingszorg 33, 189, 191
 Verzekeringstelsel 48, 198
 Verzorging 8, 12, 13, 15, 19, 68, 69, 71, 73, 75, 92, 96, 98, 152, 153, 154, 189, 190, 192, 193, 195, 196, 200, 207, 208, 210
 Voedselconsumptie 31, 32, 210

Voedselveiligheid 32, 35, 130
 Vraagsturing 87
 Vrijwilligerswerk 15, 198, 200
 Vrouwenopvang 92, 93, 190, 193
 Waarborgen 48, 53, 66, 95, 96, 104, 123
 Wachtijden 14, 15, 103, 204
 Weesgeneesmiddelen 66
 Wereldgezondheidsorganisatie 28, 121, 210
 Wet maatschappelijke ondersteuning 9, 15, 25, 26, 81, 97, 177, 210
 Wet voorzieningen gehandicapten 90, 211
 WHO 28, 37, 38, 41, 42, 43, 121, 137, 210
 Wmo 19
 WMO 19, 76, 86, 89, 97, 124, 154, 160, 174, 175, 176, 177, 178, 197, 200, 210
 WO II 20, 114, 115, 117, 118, 119, 182, 191, 193
 WVG 90, 91, 211
 Ziekenhuizen 9, 11, 13, 14, 19, 21, 22, 23, 37, 49, 53, 54, 58, 64, 66, 77, 125, 126, 130, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 170, 171, 194, 195, 206, 209
 ZonMw 6, 15, 29, 33, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 53, 54, 59, 66, 93, 101, 164, 165, 174, 211
 Zorgaanbieder 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 42, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 60, 62, 64, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 95, 96, 102, 131, 189, 192
 Zorgautoriteit 48, 68, 126, 188, 201, 209, 211
 Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen 33, 53, 211
 Zorgtoeslag 5, 49, 61, 66, 67, 144, 159, 168, 199, 211
 Zorgverzekeraars 7, 11, 15, 27, 30, 38, 48, 50, 60, 61, 66, 75, 76, 156, 210, 211
 Zorgverzekeringen 12, 39, 44, 68, 91, 126, 184, 188, 190, 192, 195, 196, 206, 211
 Zorgverzekeringswet 7, 12, 15, 22, 48, 60, 67, 76, 147, 149, 151, 156, 158, 159, 167, 168, 170, 184, 185, 186, 202, 205, 211