

Vergaderjaar 2007–2008

31 200 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008

Nr. 2

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave	Blz.
A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGSVOORSTEL	2
Leeswijzer	3
B. DE BEGROTINGSTOELICHTING	8
Beleidsagenda 2008	8
Artikel 41 Volksgezondheid	29
Artikel 42 Gezondheidszorg	52
Artikel 43 Langdurige zorg	75
Artikel 44 Maatschappelijke ondersteuning	91
Artikel 46 Sport	104
Artikel 47 Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II	115
Niet-beleidsartikel 98: Algemeen	122
Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien	131
Paragraaf voor de diensten die een baten-lasten administratie voeren	132
Bedrijfsvoeringsparagraaf	148
Financieel beeld zorg	150
Verdeling groeirimte 2008–2011	169
Verdiepingshoofdstuk	170
Zbo's en RWT's	203
Moties	204
Toezeggingen	210
Afkortingenlijst	212
Trefwoordenregister	216

A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGS- VOORSTEL

Wetsartikel 1 (begrotingsstaat ministerie)

De begrotingsstaten die onderdeel uitmaken van de Rijksbegroting, worden op grond van artikel 1, derde lid, van de Comptabiliteitswet 2001 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 2008 vast te stellen.

Alle voor dit jaar vastgestelde begrotingswetten tezamen vormen de Rijksbegroting voor het jaar 2008. Een toelichting bij de Rijksbegroting als geheel is opgenomen in de Miljoenennota 2008.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de uitgaven, verplichtingen en de ontvangsten voor het jaar 2008 vastgesteld. De in de begroting opgenomen begrotingsartikelen worden in onderdeel B van deze memorie van toelichting toegelicht (de zgn. begrotingstoelichting).

Wetsartikel 2 (begrotingsstaat baten-lastendiensten)

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 2008 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.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

Leeswijzer

Voor u ligt de *Begroting 2008* 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; en
- diverse bijlagen, waaronder het Financieel Beeld Zorg en het verdiepingshoofdstuk.

De beleidsagenda geeft kort de beleidsprioriteiten voor 2008 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 en de uitgaven aan het strategisch onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI). Artikel 99 is een technisch-administratief artikel.

De indeling van de begroting 2008 komt grotendeels overeen met die van 2007, al zijn er enkele wijzigingen doorgevoerd. Zo is de structuur van artikel 42 en 43 aangepast, en is er in artikel 41 een extra operationele doelstelling bijgekomen die betrekking heeft op ethiek.

Begroting Jeugd en Gezin

Met ingang van het begrotingsjaar 2008 wordt een aparte programma-begroting voor Jeugd en Gezin opgesteld. Artikel 45 Jeugdbeleid is daardoor vervallen in de begroting van VWS. De apparaatskosten van de directie Jeugdbeleid en die van de programmadirectie Jeugd en Gezin zijn opgenomen in artikel 98 Algemeen onder de post Personeel en materieel kernministerie. De apparaatskosten van de Inspectie Jeugdzorg zijn onder een aparte post van datzelfde artikel opgenomen.

Budgetflexibiliteit

In de begroting 2008 geven wij u inzicht in de budgetflexibiliteit op het niveau van de operationele doelstellingen van de beleidsartikelen. Dit gebeurt in een aparte tabel die volgt na de tabel budgettaire gevolgen van beleid in de tweede paragraaf van ieder artikel. Daarbij worden de verplichtingen gekarakteriseerd aan de hand van de categorieën «Juridisch verplicht», «Bestuurlijk gebonden» en «Niet juridisch verplicht of niet bestuurlijk gebonden».

Onder de tabel met budgetflexibiliteit wordt per operationele doelstelling eveneens aangegeven wat de plannen/voornemens zijn die gedekt worden door het kopje «niet verplicht of niet bestuurlijk gebonden» voor zover de budgetflexibiliteit groter dan € 500 000,- is. Daarmee wordt invulling gegeven aan de motie Bakker (kamerstukken 30 391, nr. 3).

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. Daarnaast zijn er instellingen die een instellingssubsidie ontvangen en zijn er bijdragen aan baten-lastendiensten. In de begroting hebben wij deze posten als meerjarig verplicht aangemerkt.

Afspraken en convenanten met andere overheden, met Zbo's en RWT's en met private partijen zijn evenals toezeggingen aan de Tweede Kamer als bestuurlijk gebonden opgenomen.

De budgetflexibiliteit in het niet-beleidsartikel 98 hebben wij op dezelfde manier vormgegeven als in de begroting 2007. Dat betekent dat in artikel 98 de budgetflexibiliteit van de programma uitgaven 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. Het begrip budgetflexibiliteit is hierop niet van toepassing.

Geraamde uitgaven per operationele doelstelling

Sinds de begroting 2007 bevat de begroting van VWS een aantal brede beleidsartikelen. Mede daarom is bij iedere operationele doelstelling in de beleidsartikelen een meerjarige tabel opgenomen met een samenvatting van de belangrijkste voorgenomen uitgaven.

Deze zijn ingedeeld naar de volgende categorieën/instrumenten: inkomensregelingen, rijksbijdragen, specifieke uitkeringen, instellings-subsidies/structurele subsidies, projectsubsidies, opdrachten, bijdragen aan Zbo's/RWT's, bijdragen aan baten-lastendiensten en bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken.

Per categorie/instrument worden de belangrijkste voorgenomen uitgaven als voorbeeld genoemd. Met deze tabel per operationele doelstelling geven wij invulling aan de motie Schippers (kamerstukken 29 800, nr. 55).

Prestatie-indicatoren in de begroting

De motie-Douma (kamerstukken 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 begroting zijn daarom de algemene doelstellingen van de zes beleidsartikelen en de operationele doelstellingen binnen die artikelen zoveel geformuleerd in termen van maatschappelijke effecten (*outcome*). Het is echter niet mogelijk gebleken om ook alle prestatie-indicatoren in *outcome*-termen te formuleren. In dat geval zijn outputindicatoren opgenomen.

We merken op dat wat betreft de aard van de indicatoren in de begroting een verschil van inzicht bestaat met de Algemene Rekenkamer. De Rekenkamer is namelijk van mening dat de indicatoren bij de operationele

doelstellingen in outputtermen geformuleerd zouden moeten zijn in plaats van in outcometermen. Bij de beoordeling van de begroting 2007 op de vraag «Wat gaan we daarvoor doen?» heeft de Rekenkamer daardoor een lage score geteld. We hebben dit verschil van inzicht aangekaart bij het ministerie van Financiën. Dat heeft nog niet tot een oplossing geleid.

De indicatoren bij de algemene doelstellingen geven, zoals gezegd, 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.

Tijdens het AO verantwoording 2006 hebben wij toegezegd zoveel mogelijk tussenstreefwaarden op te nemen in de begroting. In de begroting 2008 hebben wij dit bij zoveel mogelijk indicatoren gerealiseerd. Soms is het echter niet mogelijk om tussenstreefwaarden op te nemen of weegt het jaarlijks verzamelen van de gegevens niet op tegen de te maken kosten. In een aantal gevallen betekent dit dat de indicatoren 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.

Comply or Explain overzicht

Hieronder hebben wij op verzoek van de Commissie van de Rijksuitgaven per artikel kort uitgelegd waarom bij enkele doelstellingen geen indicator geformuleerd is. Tevens is uitgelegd welke aanvullende informatie gebruikt wordt om de resultaten van het beleid te kunnen volgen.

Artikel 41 Volksgezondheid:

Bij artikel 41 zijn als prestatie-indicatoren de *Absolute levensverwachting* en de *Levensverwachting in goed ervaren gezondheid* opgenomen. Daarbij hebben we uitgelegd dat we de volksgezondheid ook monitoren met de tweejaarlijkse Zorgbalans en de vierjaarlijkse Volksgezondheids ToekomstVerkenningen (VTV) van het RIVM. Onze monitor is dus breder dan de indicatoren in de begroting.

Alleen bij de zesde operationele doelstelling het bevorderen van ethisch handelen hebben we geen prestatie-indicator opgenomen. De resultaten op dit beleidsterrein kunnen namelijk niet in één of enkele indicatoren samengevat worden. Bij de overige vijf operationele doelstellingen zijn wel indicatoren geformuleerd.

Artikel 42 Gezondheidszorg:

Bij artikel 42 is geen indicator geformuleerd bij de algemene doelstelling. Het is namelijk niet goed mogelijk om het gehele stelsel van curatieve zorg in Nederland in een of enkele indicatoren samen te vatten. Het stelsel is daarvoor te omvangrijk. Voor inzicht in de werking van het gezondheidszorgstelsel in den brede wordt daarom verwezen naar geplande evaluaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en de Wet op de Zorgtoeslag. Daarnaast monitoren wij de prestaties van het stelsel met de Zorgbalans (zie hiervoor ook

www.zorgbalans.nl), het document dat eens per twee jaar verschijnt en waarin de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg worden weergegeven.

Artikel 43 Langdurige zorg:

Bij artikel 43 hebben we evenmin indicatoren opgenomen bij de algemene doelstelling. Dit omdat ook voor het stelsel van langdurige zorg geldt dat het te omvangrijk is om het in een of enkele indicatoren samen te vatten. Bij de algemene doelstelling van dit artikel wordt daarom eveneens verwezen naar geplande beleidsevaluaties en de Zorgbalans.

Artikel 44 Maatschappelijke Ondersteuning:

Op dit moment bestaat nog geen goede algemene effectindicator voor maatschappelijke participatie. Wij hebben het Nivel daarom opdracht gegeven om een participatiemonitor te ontwikkelen. Hiermee willen wij de beleidsresultaten volgen. De eerste monitor zal in 2008 gepubliceerd worden. Tevens hebben we in de komende jaren een aantal beleids-evaluaties gepland die voor aanvullend inzicht in de resultaten van beleid zullen zorgen.

Artikel 46 Sport:

Bij de derde operationele doelstelling van dit artikel is nog geen indicator geformuleerd. Deze indicator is nog in ontwikkeling en zal gedurende 2008 van een waarde voorzien worden.

Artikel 47 Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II:

Bij de algemene doelstelling is geen prestatie-indicator opgenomen omdat de doelstelling meerdere uiteenlopende elementen bevat die zich moeilijk in één indicator laten weergeven.

Artikeloverstijgende budgetten

Onze begroting bevat enkele uitgaven die betrekking hebben op meerdere artikelen, zoals programma-uitgaven aan Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZonMw) of het beleid ter versterking van de positie van de cliënt. Daarnaast speelt dit ook bij enkele apparaatskosten, zoals die van 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, zoals artikel 41 Volksgezondheid (bijvoorbeeld ZonMw) of artikel 43 Langdurig zorg (bijvoorbeeld het beleid ter versterking van de positie van de cliënt).

De artikeloverstijgende *apparaats*uitgaven van onder meer het kern-departement, de IGZ, het SCP en de zorg-Zbo's hebben we opgenomen in artikel 98.

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 hebben we bij de beschrijving van het instrumentarium daarom de premiegerelateerde instrumenten herkenbaar gemaakt door ze te coderen met een (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 diverse groepen van sectoren is daarnaast een bedrag als onverdeeld aangegeven. Deze bedrageng even het saldo aan van voor die groep van sectoren beschikbare middelen en maatregelen voorzover die nog niet over de sectoren verdeeld zijn.

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. BEGROTINGSTOELICHTING

Beleidsagenda 2008

Inleiding

Zorg is een waardevol goed. En op iets waardevols moet je zuinig zijn. Wij willen een gezond Nederland, met een goede en solidaire gezondheidszorg. Na de invoering van het nieuwe zorgstelsel is het nu tijd om meer aandacht aan de inhoudelijke kant van de zorg te besteden. Daarvoor zullen de randvoorwaarden moeten worden gecreëerd.

De komende jaren geven we prioriteit aan kwalitatief goede zorg, innovatie en preventie. De komende periode moeten de randvoorwaarden worden geschapen, zodat invulling gegeven kan worden aan de oorspronkelijke intenties die aan het zorgstelsel ten grondslag liggen. Het gaat hierbij zowel om de preventieve, de curatieve als de langdurige zorg. In onderlinge samenhang gaat het om: een betere kwaliteitsmeting, meer inzicht in de kosten van de zorgverlening, meer keuzevrijheid voor patiënten, het toerekenen van kapitaallasten aan de tarieven van de zorg, meer beleidsvrijheid voor zorginstellingen gekoppeld aan minder bureaucratie, meer ruimte voor nieuwe toetreders in de zorg en het beter integreren van preventie in de zorgverlening. We kiezen voor zorg waarbij de patiënt en de cliënt centraal staan. We willen een zorgsector waar mensen graag en met plezier werken. Een sector die niet wordt geplaagd door onnodige bureaucratie en overbodige regelgeving. Als we de juiste randvoorwaarden weten te creëren, ontstaat er ruimte voor dynamiek en innovatie van onderop; vanuit de sector zelf. Het gaat daarbij om kwaliteitsverbeteringen die tot betere zorg, minder medische fouten en uiteindelijk ook tot meer arbeidsproductiviteit in de zorg leiden. Dat laatste is weer van belang om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden en om wachtlijsten vanwege personeelstekorten te vermijden.

Ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en solidariteit zijn en blijven dan kernbegrippen in de moderne gezondheidszorg. Ruimte voor eigen verantwoordelijkheid in de zin van meer keuzevrijheid vanuit een beter inzicht in de kwaliteit en prijs van de zorg, zelfstandigheid, mogelijkheden om mee te doen in de samenleving en zorg voor elkaar. Solidariteit in die zin dat we ook in de toekomst zorg kunnen blijven bieden aan mensen die nu al wel premie betalen en nog geen zorg vragen, maar die dat in de toekomst wel nodig hebben. Zeker nu de komende jaren meer mensen nodig zijn in de zorg vanwege de demografische ontwikkelingen.

We willen nu werken aan innovatie, zodat het zorgaanbod ook de uitdagingen van de toekomst kan aangaan. We moeten een antwoord geven op de maatschappelijke en demografische ontwikkelingen van de komende decennia, waarbij steeds meer mensen een beroep op de gezondheidszorg zullen doen. Innovatie is daarom ook belangrijk voor het vergroten van de zelfstandigheid van chronisch zieken, gehandicapten en ouderen.

Ook preventie zetten we hoog op de politieke agenda: handelen uit voorzorg om nazorg te voorkomen. Daarbij is het van belang dat we ons – ook beleidsmatig – meer gaan realiseren dat gezondheidswinst niet alleen een voordeel is voor het afzonderlijke individu. Ook derden hebben een gerechtvaardigd belang bij een goede gezondheidszorg. Om die reden letten veel (maar nog altijd te weinig ouders) op de eet- en drinkgewoon-

ten van hun kinderen. Om die reden hebben scholen belang bij leerlingen die uit de buurt van verslavingsgedrag blijven. Dat tast schoolresultaten aan en leidt te snel tot schooluitval. De zorg onderhoudt bovendien het belangrijkste kapitaal van onze diensten- en kenniseconomie: het menselijk talent. Een gezonde bevolking draagt bij aan een gezonde economie en een beter functionerende arbeidsmarkt.

Nederland behoorde in het verleden tot de gezondste landen, maar is afgezakt naar de Europese middenmoot: de levensverwachting in andere landen stijgt sneller. Daarnaast zijn de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen groter dan ooit tevoren. Dit is voor een groot deel te verklaren uit ongezond gedrag. De maatschappelijke en economische kosten van roken, overgewicht en bovenmatig alcoholgebruik zijn enorm. Bovendien verandert de zorgvraag. Ziekte bestaat minder en minder uit een incidentele kwaal of klacht die via een korte behandeling te verhelpen is. Chronische aandoeningen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten en dementie, gaan meer en meer het ziektebeeld bepalen (zie figuur 1). Ook om die reden is preventie van het grootste belang.

Figuur 1: Ontwikkeling in aantal en kosten van een aantal chronische ziekten
Bron: bewerkte gegevens uit Nationaal Kompas Volksgezondheid

Ziekte	prevalentie 2005	prevalentie 2015	% toename 2005–2015	zorgkosten € in 2003
Coronaire hartziekten	699 700	840 300	20%	1 380
Artrose	702 800	824 200	17%	770
Diabetes	627 500	733 900	17%	1 120
Beroerte	223 600	265 800	19%	6 280
Hartfalen	185 200	220 500	19%	1 950
COPD	326 500	386 600	18%	–
Dementie	73 200	86 200	18%	30 680

Maar ook de benadering van de zorg zal daardoor moeten veranderen. Een blijvende en geïntegreerde benadering en behandeling zijn nodig: aanpassing van de leefstijl, controle op medicatie en op complicaties, samenwerking tussen zorgverleners rond het ziektebeeld en niet minder belangrijk: samenwerking met de patiënt zelf. Bij veel chronische ziekten staat of valt de behandeling immers met het gedrag van de patiënt. Meer en meer raken zelfzorg en professionele zorg met elkaar verweven. Patiënten en aanbieders zijn gaandeweg *partners* in de zorgverlening. Gezamenlijk gaat men na hoe de ziekte optimaal kan worden behandeld. Het gaat daarbij ook om aanpassingen in het leefpatroon en het zoeken naar manieren om de nadelige gevolgen van de ziekte voor het sociale leven van de patiënt en diens omgeving te minimaliseren.

De patiënt komt meer centraal te staan: door hem of haar een beter inzicht te geven in de kwaliteit en de prijs van de zorg. Door zijn of haar competenties, kennis en zelfvertrouwen te versterken (onder andere via patiëntenorganisaties). En door rechten te preciseren. Het is noodzakelijk dat burgers actief deelnemen aan de maatschappij en dat zij meer macht in handen krijgen om naar eigen wens de benodigde zorg te organiseren. Zij moeten een derde partij vormen naast zorgaanbieders en verzekeraars.

Momenteel hebben we ook te maken met flink stijgende uitgaven. Dat is de reden dat het kabinet ook de komende vier jaar blijft investeren in de zorg, terwijl tevens maatregelen worden genomen om de kosten in de hand te houden. Wil de zorg voor de burgers betaalbaar blijven, dan is het

cruciaal dat de premieontwikkeling beheerst blijft. Bij alle thema's is het van belang dat er naast rechtvaardigheid ook wordt gelet op doelmatigheid en dat bijvoorbeeld de aanspraken op zorg tegen het licht worden gehouden. Het is hierbij onontkoombaar om fors in te grijpen om de groei van de zorguitgaven tot een acceptabel niveau terug te brengen. Er worden zowel in de curatieve als langdurige zorg ombuigingsmaatregelen genomen, waarbij geprobeerd wordt de gevolgen voor de burger zoveel mogelijk te beperken. Er wordt hierbij gestreefd naar een evenwicht tussen noodzakelijke, pijnlijke maatregelen enerzijds en kwaliteitsverbeteringen en investeringen anderzijds. We streven ernaar dat na 2010 bijvoorbeeld in zorghuizen niemand ongewild op een meerpersoonskamer hoeft te slapen.

Curatieve zorg

De gezondheidszorg ontwikkelt zich tot een dynamische sector waarin verzekeraars en zorgaanbieders onderling concurreren op prijs én kwaliteit. Competitie en ondernemerschap zijn daarbij geen doelen, maar wel belangrijke middelen. Middelen om kosten inzichtelijk te maken, de arbeidsproductiviteit en innovatie te verhogen om daarmee de betaalbaarheid van de zorg en de solidariteit met toekomstige generaties te waarborgen.

De huisarts, fysiotherapeut, tandarts of kraamhulp is meestal de eerste zorgverlener met wie iemand in aanraking komt. Deze zorgverleners zijn goed op de hoogte van de achtergronden van de zorgvrager. Zij zijn zodoende een betrouwbare gids voor de patiënt die op zoek is naar de juiste behandeling.

In onze voornemens speelt deze eerstelijnszorg daarom een belangrijke rol, of het nu gaat om preventie, om behandeling en begeleiding van chronische ziek(t)en of om een indicatie voor langdurige zorg. Het programma *De Nieuwe Praktijk* is een gezamenlijk initiatief van huisartsen en VWS om de service en de zorg voor patiënten te verbeteren in een moderne samenleving die andere eisen stelt aan de zorgverlening.

In de ziekenhuissector zijn in de vorige kabinetsperiode grote veranderingen tot stand gebracht. Zo is het instrument van de diagnosebehandeling-combinatie (DBC) ingevoerd. Het DBC-declaratiesysteem wordt in 2008 vereenvoudigd en verbeterd, zodat ziekenhuizen worden betaald voor geleverde zorg. Mede door de DBC's kunnen ziekenhuizen over een toenemend deel van de zorg vrije prijsafspraken gaan maken met zorgverzekeraars. In 2008 gaat het om 20 procent van de behandelingen. In het zogenaamde A-segment komt er per 1 januari 2009 ook meer ruimte voor vrije prijsafspraken, zij het met een instellingsspecifiek en mede van de zorgzwaarte afgeleid prijsplafond. In aanvulling op de 20 procent vrije prijsvorming zal dan voor ongeveer de helft van de behandelingen maatstafconcurrentie worden geïntroduceerd, als overgangsinstrument naar meer onderhandelingsruimte voor zorginstellingen en verzekeraars. Afhankelijk van de bevindingen bij de vrije prijsafspraken over kwaliteit en prijs van het zorgaanbod, zal de ruimte voor vrije prijsvorming zo snel mogelijk worden vergroot.

Met ingang van 1 januari 2008 beslissen ziekenhuizen zelf over investeringen in gebouwen, maar dragen daarvoor ook zelf de risico's. Vanaf 2009 kunnen de huisvestingskosten worden verwerkt in de tarieven (DBC's), zodat een ziekenhuis deze kan terugverdienen door het leveren van zorg. Met de maatregel krijgen ziekenhuizen meer ruimte om in te spelen op de

zorgbehoefte van de patiënten. Bovendien is het ziekenhuis gedwongen zorgvuldig om te gaan met investeringen, omdat de instelling zelf opdraait voor de financiële consequenties. Ook verdwijnt de bureaucratie rond bouwvergunningen en subsidieaanvragen. Door de kapitaallasten te integreren in de tarieven, en in de toekomst een vorm van maatschappelijk ondernemen te introduceren, worden toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders weggenomen en neemt de druk om doelmatig en klantgericht te opereren toe.

Het basispakket van de zorgverzekering wordt per 1 januari 2008 uitgebreid met de anticonceptiepill, de tandartskosten van 18- tot 22-jarigen en het aantal kraamuren. De no-claim wordt per 1 januari 2008 afgeschaft en vervangen door de invoering van een eigen risico van 150 euro. Dit pakt rechtvaardiger uit voor chronisch zieken en gehandicapten. Het eerste jaar intramuraal verblijf in de GGZ en alle ambulante geneeskundige GGZ verdwijnt uit de AWBZ en wordt opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor de psychotherapeutische behandelingen blijft in 2008 de eigen bijdrage gehandhaafd. Van eerstelijns psychologische zorg worden per 1 januari acht zittingen vergoed. Per keer komt er een eigen bijdrage van 10 euro.

Langdurige zorg

In de langdurige zorg zijn **compassie, aandacht, respect en eigenwaarde** (samen «care») het uitgangspunt. Wie niet beter kan worden, verdient verzorging. Daarbij moeten we ons voor ogen houden dat de solidariteit van vandaag mede wordt bepaald door de perceptie van de dienstverlening van morgen. Mensen die vandaag netto-betaler zijn, willen ook kunnen vertrouwen op goede zorg wanneer zij zelf aan de beurt zijn. Juist dan zijn zij bereid bij te dragen aan het systeem. Om deze zorgvraag op te kunnen vangen, wordt deze kabinetsperiode een groeiruimte van circa 2,4 miljard euro beschikbaar gesteld. De kwaliteit van de samenleving wordt in grote mate bepaald door compassie met en aandacht voor mensen die zorg nodig hebben, met respect voor hun wensen en hun eigenwaarde.

De overheid is geen uitvoerder van betere zorg, maar zij moet wel de voorwaarden scheppen, zodat professionals in staat zijn goede zorg te verlenen. De samenleving mag verwachten dat de overheid een wenkend perspectief presenteert en de contouren schetst wat betere zorg concreet inhoudt op termijn. Nu door het echte begin van de vergrijzing de druk op het zorgsysteem zichtbaarder wordt, moeten we keuzes maken en prioriteiten stellen. Daarbij gaan we uit van een driedeling: beheersen op de korte termijn, verbeteren op de middellange termijn, (her)ordenen voor de lange termijn. Uitgangspunt is dat de AWBZ-middelen worden ingezet voor zorg die geloofwaardig en onbetwistbaar is. Hierbij staat wel steeds voorop dat de meest kwetsbaren er niet onder zullen lijden.

In het kader van de *beheersing* worden vanaf 2008 maatregelen in de AWBZ genomen. Het kabinet werd bij zijn aantreden namelijk geconfronteerd met forse overschrijdingen in de AWBZ. Zo zal het nodig zijn om de forse groei van de aanspraak op Ondersteunende Begeleiding (OB) in te perken. De afgelopen twee jaar was er sprake van een stijging met 40 procent. Onder OB vallen uiteenlopende taken, van het samen met de cliënt boodschappen doen tot het maken van een dag-/weekplanning. De vraag is of dergelijke taken ten principale wel onder de langdurig onverzekerbare zorg vallen en altijd tegen een tarief van 45 euro per uur moeten worden betaald. Als we de AWBZ ook op termijn voor goede, langdurige en onverzekerbare zorg willen houden voor degenen voor wie

het is bedoeld, kunnen we er niet alles uit betalen. Verder kunnen bepaalde taken mogelijk ook op een andere manier worden georganiseerd. Zo zou lokaal een initiatief kunnen worden ontwikkeld, waarbij ouderen elkaar kunnen vergezellen bij activiteiten buitenhuis. Concreet wordt er geen OB meer toegekend indien sprake is van alleen een somatische grondslag. Hierbij wordt een overgangstermijn van een jaar toegepast. Tevens worden cliënten met deze grondslag en een intensieve zorgbehoefte (bijvoorbeeld palliatieve zorg) van deze maatregel uitgezonderd. Bij het terugdringen van de aanspraken op OB worden gehandicapten ontzien. Want voor hen kan die begeleiding het verschil maken tussen een geïsoleerd of een menswaardig bestaan.

Daarnaast worden de prestaties van instellingen vergeleken en goede voorbeelden worden de norm voor andere instellingen. Door doelmatige instellingen de norm te maken voor andere instellingen worden deze laatste aangezet om eveneens doelmatiger te werken en «best practices» in te voeren. Als een instelling niet goed presteert, moet dat financiële consequenties hebben. Vanaf 2008 wordt een efficiencykorting doorgevoerd. Instellingen krijgen, net als de ziekenhuizen, ruimte om zelf te beslissen over investeringen in gebouwen. Vanaf 1 januari 2009 dragen zij zelf de risico's van die investeringen. In 2009 zullen de eigen bijdragen worden aangescherpt in de AWBZ. Met gebruik van inkomens en vermogenstoetsen zullen van meer draagkrachtige cliënten hogere eigen bijdragen voor de AWBZ worden gevraagd. Waar mogelijk zullen incentives worden ingebouwd om onbedoeld gebruik te verminderen.

Verder worden er maatregelen genomen die gericht zijn op het *verbeteren* van de huidige AWBZ. Een werkelijke verbetering in de positie van cliënten, gericht op de kwaliteit van het bestaan. Dat wil zeggen de keten tussen wonen, zorg en welzijn. We willen de zelfbeschikking vergroten; zelf keuzes kunnen maken en zelf kunnen oordelen over de kwaliteit van de geboden zorg. Om de invloed van de cliënt op de eigen zorg te vergroten wordt in de langdurige zorg bekostiging op grond van zorgzwaarte ingevoerd, de zogenoemde zorgzwaartepakketten. Dit betekent dat instellingen die goed presteren financieel worden beloond en dat slecht presteren wordt gestraft.

Tegelijk moet onnodige regelgeving en bureaucratie zo veel mogelijk worden uitgebannen. Op die manier wordt de administratieve last voor zorgverleners lichter en wordt het plezier in het werk vergroot. Eén van de maatregelen die in dat kader wordt genomen is het verbeteren van de indicatiestelling. Er lopen momenteel al enkele proefprojecten waarbij de huisarts of de wijkverpleegkundige de indicatie doet in plaats van het Indicatieorgaan. Verder hebben we met de betrokken partijen in de AWBZ afgesproken dat zij nauwkeurig zullen letten op begrijpelijk taalgebruik in contacten met en voorlichting aan de cliënt.

Tevens wordt er gewerkt aan een glasheldere AWBZ-polis met éénduidige voorwaarden, die kunnen rekenen op maatschappelijk draagvlak. Burgers moeten precies weten waar zij recht op hebben. Dit geldt zowel voor zorg in natura als zorg die in de vorm van PGB's wordt verstrekt. En voor de uitvoerders van de AWBZ is het belangrijk dat er sprake is van een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Alleen zo kan een geloofwaardig stelsel in stand worden gehouden waarvoor de samenleving bereid is solidariteit op te brengen.

De resterende maatregelen, die zijn gericht op *(her)ordering*, worden uitgewerkt nadat begin 2008 het advies van de Sociaal-Economische Raad (SER) is uitgebracht. De SER adviseert over hoe de AWBZ ook op termijn onverzekerbare, langdurige zorg kan garanderen. Verder wordt bekeken hoe de relatie tussen de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning er in de toekomst uit moet zien.

Kwaliteit

Mensen hebben recht op veilige, eigentijdse zorg van goede kwaliteit, met voldoende keuzevrijheid en met duidelijke rechten en plichten voor alle partijen. Aandacht voor kwaliteit moet systematisch zijn verankerd in de preventieve, curatieve en langdurige zorg. Zo hebben met name chronisch zieken en ouderen vaak te maken met meerdere artsen en andere zorgaanbieders tegelijk. De komende periode willen we daarom veel nadruk gaan leggen op de kwaliteit en daarmee de samenhang van de zorgketen. We streven naar zorg die naadloos overloopt van de ene naar de andere zorgverlener. Transparantie is hierbij van groot belang.

Er komt structureel 10 miljoen euro extra beschikbaar voor belangenorganisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen (pgo-organisaties). Het is de bedoeling dat deze organisaties – naast hun traditionele rol op het vlak van lotgenotencontact, belangenbehartiging en informatievoorziening – hun invloed meer bundelen. Patiëntenorganisaties en cliënten moeten een sterke «derde partij» worden naast zorgaanbieders en verzekeraars. Zij kunnen dan invloed uitoefenen op de inkoop van zorg of op kwaliteitstoetsing. Zij kunnen hun leden ondersteunen, de kennis en daarmee het zelfvertrouwen en het vermogen tot zelfzorg van patiënten versterken.

We streven ernaar de rechten van patiënten en cliënten vast te leggen in een Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg. In die wet wordt aangegeven hoe VWS de positie van de patiënt wil regelen, de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het stelsel wil garanderen en tegelijk de benodigde ruimte, randvoorwaarden en plichten voor de zorgaanbieders benoemt. Het kabinet wil het wetsvoorstel in het voorjaar van 2008 klaar hebben.

VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) helpen mee om de verschillen tussen zorgaanbieders zichtbaar en inzichtelijk te maken. Goede voorbeelden worden ondersteund en ten voorbeeld gesteld aan andere aanbieders. Zorgaanbieders worden geprikkeld om doelmatiger te werken.

Als het om de combinatie wonen en zorg gaat, moeten mensen maximale keuzevrijheid hebben. Daarom stimuleren we initiatieven op het terrein van wonen en zorg, zoals de ontwikkeling van voldoende toegankelijke woningen. Het kabinet streeft naar wijken waar de verschillende generaties samen wonen. In de wijken moeten servicepunten zijn voor zorg en wonen, zodat een menswaardig bestaan gegarandeerd is.

Verder komt er onder andere een stimuleringsregeling om het aantal plaatsen voor kleinschalig wonen te laten toenemen, te beginnen met 1 500 plaatsen in 2008. Ook streven we er naar dat na 2010 in zorghuizen (dat zijn de verpleeg- en de verzorgingshuizen samen), uit oogpunt van privacy, niemand ongewild op een meerpersoonskamer hoeft te slapen.

De sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg leggen met ingang van dit jaar verantwoording af over de geleverde kwaliteitsprestaties. Dat gebeurt op basis van kwaliteitskenmerken, de zogeheten «indicatoren verantwoorde zorg». Het gaat overigens niet alleen om medische kwaliteitskenmerken, maar ook om objectieve persoonlijke ervaringen van cliënten (Consumer Quality Index). De gehandicaptensector en de GGZ volgen in de jaren erna. Uiteindelijk kan dan iedereen in 2011 op kiesBeter.nl voor bijna de gehele zorg inzicht krijgen in aanbod en kwaliteit (veiligheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid). Mensen kunnen daarnaast op kiesBeter.nl voor tachtig aandoeeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen te bieden hebben. Bij het kiezen voor een bepaalde zorgverlener kunnen zowel verzekeraars als hun klanten daarmee rekening houden.

We willen daarnaast een kwaliteitsimpuls aan de ouderenzorg geven. Aan zorginstellingen wordt financiële ruimte geboden om in totaal 5 000 tot 6 000 extra medewerkers aan te trekken. Dit onder de voorwaarde dat er meer uren aan directe zorgverlening worden besteed, zodat de kwaliteit van zorgverlening ook echt omhoog kan. De instellingen beslissen vervolgens zelf op welke wijze ze deze mensen gaan werven. Het gaat erom dat er een juiste balans is tussen de handen aan het bed en de sturing en organisatie door het management.

Er komt extra geld beschikbaar voor palliatieve zorg, zowel voor de opleiding als in de zorgverlening in verpleeghuizen, hospices en thuis. Het kabinet wil dat mensen in hun laatste levensfase goed worden verzorgd en met respect worden begeleid. Mensen moeten waardig kunnen sterven. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor professionele zorgverleners én vrijwilligers. De palliatieve zorg op het niveau van de wijk, dicht bij de mensen thuis, wordt versterkt.

Veiligheid

Het verbeteren van de veiligheid in de zorg heeft voor ons de hoogste prioriteit. Het moet voor de patiënt vanzelfsprekend zijn dat de zorgaanbieder veilig werkt. Veiligheid is een belangrijke kwaliteitsnorm. In alle ziekenhuizen wordt in 2008 een systeem ingevoerd dat de veiligheid van de patiënt moet garanderen. Het gaat daarbij in het bijzonder om het melden en analyseren van incidenten door de mensen op de werkvloer en een structurele risicoanalyse.

Met de ziekenhuizen is afgesproken dat uiterlijk in 2011 het aantal vermijdbare fouten en het aantal vermijdbare doden met de helft is teruggebracht ten opzichte van 2006. Dat betekent concreet een vermindering van 15 000 gevallen van vermijdbare schade per jaar. Daartoe is onder meer het «programma veilige zorg» ontwikkeld. Het programma wordt ondersteund met afspraken over medicatieveiligheid, onderwijs en onderzoek.

Eind 2007 presenteert VWS het tweede deel van het «programma veilige zorg». Daarin worden afspraken over cliëntveiligheid gemaakt in de langdurige zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de eerstelijns- en de ketenzorg. Het aantal valincidenten en gevallen van seksueel misbruik van gehandicapten moet aanzienlijk afnemen. Met gerichte programma's moet het aantal gevallen van decubitus (doorligwonden) fors afnemen. Goede resultaten zijn geboekt bij het voorkomen van gewichtsverlies van patiënten. Deze programma's worden voortgezet en uitgebreid.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de naleving van de afspraken binnen alle sectoren. Het toezicht sluit aan op zelfregulering en kwaliteitsbewaking bij de instellingen zelf. Instellingen die achterblijven en onvoldoende inzetten op verbetering, kunnen worden aangepakt. Ook zorgverzekeraars kunnen afspraken over veiligheid in de contracten opnemen.

Innovatie

Innovatie is een van de zes pijlers van dit kabinetsbeleid. Kennis en innovatie zijn nodig om knelpunten in de zorg te kunnen oplossen. Dat geldt voor de preventieve, curatieve en de langdurige zorg. Vernieuwende producten en diensten kunnen een bijdrage leveren aan het verlichten van de werkdruk en het vergroten van de kwaliteit.

In 2008 introduceren we een programma dat is bedoeld om door een versnelling van innovatie met minder mensen betere zorg te leveren. In een innovatieplatform voor de zorg werkt de overheid samen met het bedrijfsleven, de wetenschap, kennisinstututen en zorgaanbieders.

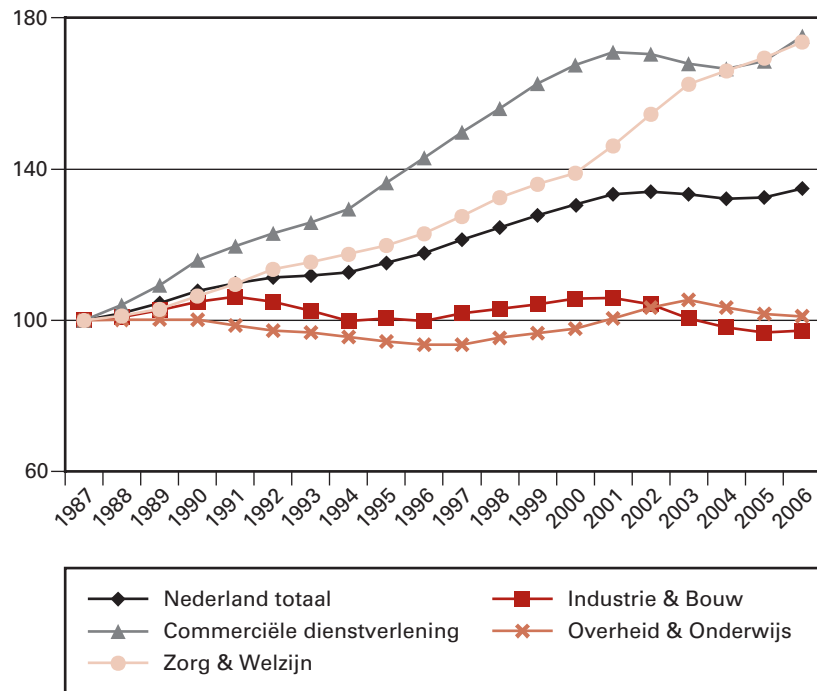
ICT kan, veel meer dan nu het geval is, bijdragen aan het verbeteren van de zorg en aan het verminderen van de werkdruk in de zorg. Zo kunnen diverse technologische toepassingen (domotica) er aan bijdragen dat mensen langer thuis kunnen wonen en dat tegelijkertijd arbeid wordt bespaard.

Komend jaar worden de voorbereidingen afgerond voor de invoering van het landelijke elektronisch patiëntendossier (EPD), dat in 2009 zijn beslag moet krijgen. Medio 2008 zullen alle huisartsenposten en de helft tot driekwart van de apotheken zijn aangesloten op het landelijke informatie-systeem. Het EPD garandeert een goede communicatie in de zorgsector en komt daarmee de kwaliteit en de veiligheid van de behandeling ten goede. Er moet een goede samenhang komen met het elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg en de Verwijsindex. Hier zullen wij samen met de minister voor Jeugd en Gezin voor zorgen.

Werken in de zorg

In de zorg gaat jaarlijks 54 miljard euro om. De sector was met bijna 1,2 miljoen arbeidsplaatsen in 2006 de grootste werkgever van Nederland. Ruim 20 procent van de banen is de afgelopen zes jaar gecreëerd. De groei van banen in de zorg is groter dan in andere sectoren (zie figuur 2) en zet naar verwachting de komende jaren door. De groei van de vraag naar zorg wordt onder meer veroorzaakt door technologische ontwikkelingen en de zogenoemde dubbele vergrijzing: er komen steeds meer ouderen en ouderen leven ook nog eens langer.

Figuur 2: Ontwikkeling werkzame personen in vier sectoren (1987=100)
Bron: CBS



In 2006 is 14 procent werkzaam in Zorg en Welzijn (1987 11 procent). Aangezien ook de komende decennia de zorgvraag sterk blijft groeien, zal het aandeel van Zorg en Welzijn verder toenemen. Zonder verdere stijging van de arbeidsproductiviteit en beperking van de groei van de zorgvraag kan het aandeel van Zorg en Welzijn op de arbeidsmarkt stijgen tot boven de 20 procent. De knelpunten doen zich vooral voor bij de verzorgenden. De zorghuizen, de thuiszorg en (in mindere mate) de gehandicaptenzorg worden daar het meest mee geconfronteerd.

Een hoge prioriteit heeft ook het terugdringen van de administratieve lasten en bureaucratie en het verbeteren van het imago van werken in de zorg. De sector moet, nog meer dan nu het geval is, worden gekenmerkt door elan en beroepstrots. Plezier in het werk is belangrijk en zorgprofessionals verdienen erkenning en waardering voor hun inzet. De cliënt kan dan rekenen op een respectvolle, betrokken en betrouwbare zorgverlener.

In het najaar komt het kabinet met een arbeidsmarktbrief. Daarin gaat het kabinet in op de situatie in de zorgsector en zullen aanvullende maatregelen worden aangekondigd. Zo zal er, in overleg met de sector, worden gewerkt aan maatregelen om nieuwe mensen te werven voor de zorg. We denken daarbij met name aan jongeren, allochtonen, werklozen en herintreders. Samen met de sociale partners stelt VWS middelen voor stages beschikbaar om de instroom te verbeteren. Tegelijk moeten zo veel mogelijk mensen die nu in de zorg werken voor de sector worden behouden. Verbetering van de carrièremogelijkheden, scholing en actief personeelsbeleid zijn hierbij van belang. De zorgsector biedt vele mogelijkheden, ook voor werken in deeltijd of werken buiten kantooruren. Tegelijkertijd wordt gestimuleerd dat deeltijdwerkers langer gaan werken.

Er staan nog meer maatregelen op stapel om mensen voor de zorgsector te winnen. Zo begint VWS, samen met de ministeries van OCW en SZW, nog dit jaar met een aantal proefprojecten om lager opgeleiden te werven voor een baan in de langdurige zorg. Het gaat dan met name om mensen met een uitkering en niet-uitkeringsgerechtigden, onder wie ook allochtone vrouwen. De proefprojecten beginnen dit najaar in zeven regio's en duren anderhalf jaar. VWS en SZW trekken gezamenlijk 1 miljoen euro uit om dit project te ondersteunen.

Preventie

Preventiebeleid moet deels op een andere leest worden geschoeid. Want het toenemende aandeel van welvaartsziekten vraagt om nieuwe strategieën. Samen met scholen, werkgevers en verzekeraars proberen we mensen in hun directe leef- en werkomgeving te prikkelen of te verleiden tot gezonde keuzes. In het verlengde hiervan is samenwerking met de ministeries van OCW en SZW en met gemeenten van groot belang.

We willen preventie niet alleen inzetten voor het verhogen van de gemiddelde levensverwachting, maar ook voor een verbetering van de kwaliteit van het leven. Mensen moeten gezond oud kunnen worden; niet *alleen* omdat dit voor hen persoonlijk van belang is, maar ook uit een oogpunt van goed functionerende gezinnen, scholen, bedrijven en andere instellingen.

De zorgkosten van roken bedragen 2,5 miljard euro per jaar. De kosten van zorg door overgewicht bedragen nu al jaarlijks 1,5 miljard euro, terwijl de economische schade van overgewicht door verzuim en arbeidsongeschiktheid momenteel 2 miljard euro bedraagt. Zorgwekkend is ook de gezondheidsschade door alcohol, zeker bij onze jeugd. Dat levert bovendien veel overlast op. 40 procent van het politieoptreden in het weekeinde heeft te maken met drankmisbruik. Tegelijkertijd leiden deze factoren vaak ook nog tot chronische ziekten. Deze zullen in de toekomst de zorgvraag én de uitgaven, die zij nu al voor het grootste deel bepalen, nog sterker gaan domineren. Bij ongewijzigd beleid zullen de zorguitgaven volgens sommige berekeningen met meer dan 50 procent stijgen op grond van demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Het is dan ook zaak om deze negatieve trends om te buigen. Op die manier is veel gezondheidswinst te boeken en maatschappelijk rendement te behalen. Daar waar het de jeugd betreft, zullen wij het beleid samen met de minister voor Jeugd en Gezin vormgeven.

Met het oog op het vermijden van gezondheidsschade bij werknemers in de horeca zal per 1 juli 2008 het roken in de horeca zijn verboden. Horecawerknemers krijgen hiermee gelijke bescherming als andere werknemers. De horeca kan wel afgesloten rookruimtes creëren, maar daar mag het personeel niet bedienen. Ook de gehele sportsector wordt rookvrij. De sportsector moet toegankelijk zijn voor iedereen en een gezonde omgeving bieden voor sporters, bezoekers en de jeugd. We nemen tegelijkertijd maatregelen voor een betere handhaving van bestaande wet- en regelgeving als het gaat om de verkoop en het gebruik van alcohol en tabak. Het beleid van VWS is er voornamelijk op gericht om de leeftijd waarop jongeren beginnen met drinken zoveel mogelijk uit te stellen, in ieder geval tot 16 jaar. Gemeenten krijgen de mogelijkheid om de leeftijdsgrens voor alcoholverkoop onder jongeren te verhogen van 16 naar 18 jaar.

In een welvarend land als het onze moeten zo min mogelijk gezondheidsverschillen bestaan tussen de diverse bevolkingsgroepen. Nederland, dat op het gebied van gezondheid een Europese middenmoter is, moet terug naar de top vijf van Europa. Om dat te bereiken gaan we het preventiebeleid de komende jaren langs vier verschillende lijnen vormgeven.

De eerste lijn is het koesteren wat goed gaat en zoeken naar innovaties. We gaan natuurlijk door met «dijkbewaking» zoals screenen op borstkanker en het Rijksvaccinatieprogramma. We zullen de bestaande «dijkbewaking» vernieuwen, het beweegbeleid en letselpreventiebeleid krachtig voortzetten, een standpunt innemen over voorspellende geneeskunde en nieuwe preventieproducten. De leeftijd waarop een griepvaccinatie wordt verstrekt gaat van 65 naar 60 jaar.

Lijn twee: het voeren van een samenhangend gezondheidsbeleid. We zoeken actief de samenwerking met derden om mensen in hun directe leef- en werkomgeving te prikkelen en te verleiden tot gezond gedrag. De samenwerking met het ministerie van VROM op het gebied van milieu en gezondheid in steden wordt voortgezet. Het gaat dan onder meer om de school, de werkgever, sportverenigingen, bedrijven (de voedingsindustrie en de alcoholbranche; die immers een gerechtvaardigd belang hebben bij een goede reputatie) en om de gemeenten. Zij hebben allemaal hun eigen belangen bij gezondheid. Het zijn partners in preventie. Aanknopen bij die belangen werkt beter dan een opgeheven vingertje van de overheid. We gaan door met de uitvoering van de Preventienota «Kiezen voor gezond leven» uit 2006. De speerpunten zijn: (stoppen met) roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie.

De derde lijn is het beter verbinden van preventieve zorg en curatieve zorg. Daarbij zal de eerste lijn als schakelpunt fungeren. In 2008 wordt bekeken of «bewegen op recept» en «stoppen met roken» met ingang van 2009 kan worden opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeraars. Alleen doeltreffende en kosteneffectieve interventies voor mensen die hulp zoeken om ongezond gedrag te veranderen, komen eventueel in aanmerking om in het verzekerde pakket onder te brengen.

Lijn vier houdt in: vernieuwingen doorvoeren in de bestuurlijke omgeving van de preventieve zorg. De infrastructuur van de openbare gezondheidszorg is nu nog erg versnipperd. Dat willen we doelmatiger gaan organiseren. Zo wordt de gezondheidsopvoeding van onze kinderen verstevigd in samenwerking met het ministerie voor Jeugd en Gezin en het ministerie van OCW. In tientallen plaatsen komen Centra voor Jeugd en Gezin waar kinderen en hun opvoeders terecht kunnen voor hulp.

In 2008 wil het kabinet bij het parlement de Wet publieke gezondheid indienen. Die wet maakt het mogelijk sneller in te grijpen bij mondiale bedreigingen van infectieziektecrises, zoals sars of vogelgriep. Deze wet regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel te kunnen opsporen en te bestrijden. De wet vervangt de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de Infectieziektewet en de Quarantainewet.

Participatie

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Samen met de VNG ondersteunen we gemeenten bij de verdere invoering en de ontwikkeling van de wet.

Een belangrijk thema van de Wmo is «verbinden»: het stimuleren van maatschappelijke participatie en het leggen van verbindingen tussen mensen onderling, op lokaal niveau. Alle mensen moeten op hun eigen wijze kunnen meedoen aan de maatschappij. Daarvoor is onbetaalde en onbaatzuchtige hulp een uiterst waardevolle aanvulling op het reguliere zorgstelsel. Het aantal vrijwilligers en mantelzorgers in Nederland is nog altijd zeer groot¹, maar zal de komende periode mogelijk onder druk komen te staan. Daarom willen we dat bijvoorbeeld ouderen een belangrijke rol gaan spelen. Ook onder allochtonen is nog veel onbenut talent.

Voor de verbetering van de positie van vrijwilligers en mantelzorgers wordt een taakgroep opgericht. Die heeft tot doel de positie van mantelzorgers door te lichten en met concrete voorstellen te komen. Verder wordt gewerkt aan een «bondgenootschap» met één of meer grote bedrijven met als doel gezamenlijk te werken aan een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid binnen die bedrijven. Ook zullen gemeenten worden aangemoedigd om met bedrijven die binnen hun grenzen zijn gevestigd te overleggen over een mantelzorgvriendelijke bedrijfscultuur. Het beschikbare geld wordt ingezet voor ondersteuning, scholing of het regelen van respijtzorg, zodat de mantelzorger er zelf ook af en toe tussenuit kan.

We steunen de gemeenten bij de landelijk toegankelijke voorzieningen voor kwetsbare burgers op het terrein van maatschappelijke opvang en opvang van vrouwen. Het doel is met centrumgemeenten afspraken te maken over een sluitende aanpak voor kwetsbare burgers die gebruik maken van die opvang. We zorgen voor de opvang van slachtoffers van huiselijk geweld, eerwraak (m/v) en genitale vermindering. Hiervoor komt extra geld beschikbaar. In 2008 gaat de Wet tijdelijk huisverbod in, waarin onder meer aandacht is voor uithuisplaatsing van daders van huiselijk geweld. Ook zullen we de hulpverlening en opvang van onbedoeld zwangere meisjes en tienermoeders een impuls geven.

De Wet gelijke behandeling laat, net als de Wmo, mensen meedoen. De rechtspositie van mensen met een handicap of chronische ziekte moet worden verbeterd. Om dit te bereiken wordt de uitbreiding van de Wet gelijke behandeling op basis van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) ter hand genomen op het terrein van primair en voortgezet onderwijs en wonen. Dit in nauwe samenwerking met de ministeries van OCW en VROM.

Sport

Het kabinet hecht groot belang aan sport. Sport is een bindende factor in de samenleving. Sport draagt bij aan gezondheid, veiligheid, de ontwikkeling van wederzijds respect, integratie en maatschappelijke binding. Bovendien is sport gewoon leuk om te doen en is het leuk om betrokken te zijn bij sportieve activiteiten als vrijwilliger of supporter. Jongeren moeten dagelijks kunnen sporten en bewegen binnen en buiten schooluren. Daarom stellen we samen met het ministerie van OCW geld beschikbaar voor brede scholen, sport en cultuur. Dit geld gaat grotendeels naar de versterking van de sportverenigingen en combinatiefuncties op het terrein van school, naschoolse opvang en sport. Het kabinet wil de gemeenten hierbij om een structurele bijdrage vragen, zodat een gezamenlijke investering ontstaat. Door het aanstellen van de professionals worden 3 000 sportverenigingen versterkt met het oog op hun

¹ Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015, Paul Dekker, Joep de Hart, Laila Faulk, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007

maatschappelijke functie in de wijk. De impuls komt in 2008 ten goede aan 31 grote en middelgrote steden (G31), met voorrang voor de 40 krachtwijken.

Sport en beweging dragen bij aan een actieve en gezonde leefstijl. In het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen stimuleren we sport en bewegen door de jeugd in de scholen, de wijken en in de zorgsector. Er komt een programma «Sportiviteit en respect», met aandacht voor gedragscodes, homo-emancipatie en de bestrijding van geweld, discriminatie en racisme op en rond het veld.

Onze talenten moeten de laatste stap naar de internationale top kunnen maken. Hiervoor investeren we extra in talentcoaches, een betere combinatie van toptraining en onderwijs en een hoogwaardig internationaal trainings- en wedstrijdprogramma. Het moet ertoe leiden dat het aantal succesvolle talenten in 2011 met 20 procent is toegenomen.

Voor het sportbeleid heeft het kabinet een intensivering van structureel 20 miljoen euro beschikbaar gesteld; 10 miljoen euro in 2008. In oktober 2007 wordt een beleidsbrief Sport naar de Kamer gestuurd.

Ethiek

Het kabinet beschouwt de menselijke waardigheid als leidraad voor (medisch-)ethische wetgeving en beleid. Deze waardigheid vindt haar weerslag in verschillende waarden, zoals autonomie, goede zorg en de beschermwaardig van het leven. Zij zijn in de loop der jaren onlosmakelijk verbonden geraakt met wetgeving en beleid over medisch-ethische onderwerpen. Het kabinet acht deze waarden ook voor de toekomst van groot belang.

Bij medische ethiek gaat het niet alleen om onderwerpen als abortus en euthanasie. Patiëntenrechten, de bescherming van mensen bij medisch-wetenschappelijk onderzoek en andere onderwerpen die de bescherming van de persoon betreffen, behoren er eveneens toe. Ook nieuwe (bio)technologische vindingen, bijvoorbeeld op het gebied van genetisch onderzoek of vruchtbaarheidstechnieken, en allerlei maatschappelijke ontwikkelingen werpen nieuwe vragen op.

Mede onder invloed van internationale ontwikkelingen heeft de menselijke waardigheid concreter vorm gekregen in enkele mensenrechtenverdragen. In de loop der jaren zijn in internationaal verband de rechten van de mens en de ethiek nauwer met elkaar verweven geraakt. Deze rechten zijn normen waaraan we in onze rechtsstaat allen zijn gebonden. Het zijn dan ook deze normen die leidend zijn in het medisch-ethische beleid van de overheid. De beleidsbrief Ethiek die u onlangs heeft ontvangen, bevat de beleidsvoornemens op het terrein van de medische ethiek.

Oorlogsgetroffenen

Om de belofte van ereschuld en bijzondere solidariteit met oorlogsgetroffenen bij een afnemend aantal ook in de toekomst gestalte te kunnen blijven geven, wordt het uitbetalingsverkeer voor bestaande cliënten in 2011 overgebracht naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Vanaf 2007 werken SVB, Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) en begeleidende instellingen samen.

Met het verstrijken van de tijd is het van groot belang het verhaal over de Tweede Wereldoorlog en zijn gevolgen te blijven vertellen aan nieuwe generaties. Met dit doel wordt het voorlichtingsbeleid en het programma Erfgoed van de Oorlog uitgevoerd. De ontwikkeling van educatief materiaal over onderbelichte aspecten van de Tweede Wereldoorlog heeft daarbij prioriteit. Het programma stimuleert organisaties om waardevol materiaal te behouden, toegankelijk te maken (meestal langs digitale weg) en voor een breed publiek onder de aandacht te brengen. Hiervoor is tot 2010 ruim 21 miljoen euro beschikbaar gesteld.

Najaar 2007 wordt apart beleid gepresenteerd voor «oral history», mondeling overgedragen geschiedenis. Organisaties kunnen subsidie aanvragen voor het vastleggen van getuigenissen van de steeds kleiner wordende generatie Nederlanders die nog bewust de oorlog hebben meegemaakt.

Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf beschrijft het financieel beleid op hoofdlijnen. Allereerst worden de doelstellingen van het kabinet, zoals verwoord in *Samen werken, samen leven* en een overzicht van de enveloppentoeiding op hoofdlijnen gepresenteerd.

Vervolgens wordt een totaaloverzicht gepresenteerd van de zorguitgaven, gevolgd door een totaaloverzicht van de begrotingsuitgaven.

Hierna worden de belangrijkste mutaties van de ontwikkeling van de zorg- en begrotingsuitgaven van de begroting 2007 tot de begroting 2008 gepresenteerd.

Doelstellingen van het kabinet in *Samen werken, samen leven*

Het kabinet heeft in *Samen werken, samen leven* 75 doelstellingen voor de kabinetsperiode geformuleerd. Vijf daarvan hebben direct betrekking op onze beleidsterreinen. Ze zijn opgenomen in onderstaande tabel. In de tabel is tevens opgenomen in welk artikel en onder welke operationele doelstelling het beleid verder is uitgewerkt.

Nummer	Doelstelling	Artikel en operationele doelstelling
35	Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en van het aantal mantelzorgers in 2011	44.3.2
45	Kwaliteit van de zorg zichtbaar verhogen in 2011 ten opzichte van 2006, d.w.z.: <ul style="list-style-type: none"> ● De vermijdbare schade in ziekenhuizen is in 2011 met 50% gedaald ● Burgers kunnen op kiesBeter.nl voor 80 aandoe-ningen zien welke kwaliteit ziekenhuizen bieden ● Cliënten geven 90% van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg ● De rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk 	42.3.2 42.3.1 43.3.3 42.3.1 43.3.1
46	Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorg-concepten en innovatie	42.3.2 43.3.3
47	Betere hulp en opvang voor tienermoeders	41.3.4
48	Verbeteren en versterken palliatieve zorg	42.3.2 43.3.3

Toedeling enveloppen coalitieakkoord

Middelen toegevoegd aan begroting 2008

In onderstaande tabel zijn de extra middelen opgenomen die toegevoegd zijn aan de Ontwerpbegroting 2008 op grond van het coalitieakkoord. Een verdere toedeling van deze middelen aan onderwerpen en beleidsartikelen is opgenomen in de tabel met de ontwikkeling van de Ontwerpbegroting 2007 tot aan de Ontwerpbegroting 2008.

Bedragen x € 1 000	2008	2009	2010	2011	2012
PIJLER 4					
Enveloppe Zorg, waarvan:	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000
– <i>Zorgtoeslageffect pakketuitbreiding</i>	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
– <i>Premie-uitgaven care</i>	230 000	210 000	190 000	200 000	300 000
– <i>Begrotingsuitgaven care</i>	110 000	130 000	150 000	140 000	40 000
– <i>Begrotingsuitgaven cure en preventie</i>	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Enveloppe Sport:	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
PIJLER 5					
Enveloppe Capaciteit veiligheidsketen en preventie, waarvan:	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000
– <i>Heroïnebehandeling op medisch voorschrift</i>	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
– <i>Huiselijk geweld, Eergerelateerd geweld, Genitale verminking en Vrouwenopvang</i>	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000

* In totaal is er voor sport € 10 miljoen extra beschikbaar voor 2008 en structureel € 20 miljoen vanaf 2009.

** In totaal is er voor dit onderwerp in 2008 € 17,9 miljoen extra beschikbaar oplopend tot € 42,3 miljoen in 2012.

Naast de enveloppenmiddelen zijn ook middelen uit het FES-fonds toegekend. Dit betreft, gezamenlijk met het ministerie van EZ, het programma BioMedical Materials (€ 45 miljoen in de periode 2008–2012) en gezamenlijk met het ministerie van OCW het project Genomics (€ 245 miljoen in de periode 2008–2014).

Middelen gereserveerd op de aanvullende post

Nog niet alle extra middelen zijn al aan onze begroting toegevoegd. Een deel ervan staat gereserveerd voor onze beleidsterreinen op de aanvullende post van de begroting van het ministerie van Financiën. De gereserveerde bedragen zijn opgenomen in de volgende tabel, inclusief het doel waar ze voor bedoeld zijn.

Bedragen x € 1 000	2008	2009	2010	2011	2012
PIJLER 2					
Enveloppe innovatie, kennis en onderzoek (artikel 42):	1 000	8 000	13 000	18 000	18 000
Enveloppe ondernemerschap: Maatschappelijk innovatieprogramma zorg (artikel 42):	3 000	6 000	9 000	12 000	12 000
PIJLER 4					
Enveloppe Sport*					
– <i>Sporten en bewegen door jongeren en brede scholen in krachtwijken, alsmede talentontwikkeling (artikel 46)</i>		10 000	10 000	10 000	10 000
Enveloppe Participatie, onderkant en armoede (besluitvorming over de toedeling van deze enveloppe aan de begrotingen van VWS, OCW en LNV is nog niet afgerond)	PM	PM	PM	PM	
PIJLER 5					
Enveloppe Capaciteit veiligheidsketen en preventie					
– <i>Huiselijk geweld, Eergerelateerd geweld, Genitale verminking en Vrouwenopvang (artikel 44)**</i>		4 000	6 000	10 000	10 000

* In totaal is er voor sport € 10 miljoen extra beschikbaar voor 2008 en structureel € 20 miljoen vanaf 2009.

** In totaal is er voor dit onderwerp in 2008 € 17,9 miljoen extra beschikbaar olopend tot € 42,3 miljoen in 2012.

Totale zorguitgaven

Zorguitgaven (bedragen x € miljoen)

	2008		2008
41 – Volksgezondheid	104	43 – Langdurige zorg	20 150
Preventieve zorg (uitvoeren Rijksvaccinatieprogramma)	99	Geestelijke gezondheidszorg AWBZ	1 191
Ouder- en kindzorg	6	Gehandicaptenzorg	5 136
Volksgezondheid onverdeeld	– 1	Verpleging en verzorging	11 547
		Persoonsgebonden budgetten	1 282
42 – Gezondheidszorg	30 052	Subsidies langdurige zorg	68
Huisartsen	1 987	Beheerskosten/diversen AWBZ	211
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	759	Langdurige zorg onverdeeld	717
Paramedische hulp	477		
Verloskunde en kraamzorg	446	44 – Maatschappelijke ondersteuning	164
Dieetadvisering	31	MEE-instellingen	164
Extramurale zorg onverdeeld	30		
Algemene en categorale ziekenhuizen	10 068	99 – Nominaal en onvoorzien	1 640
Academische ziekenhuizen	3 117	Nominaal en onvoorzien	1 640
Medisch specialisten	1 808		
Overig curatieve zorg	465	Overig	2 240
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief onverdeeld	416	Wmo (gemeentefonds)	1 439
Ambulancevervoer	363	Opleidingsfonds (begroting VWS)	773
Overig ziekenvervoer	125	Aanvullende post – Begrotingsgefinancierde	28
Ziekenvervoer onverdeeld	4	BKZ-uitgaven	
Farmaceutische hulp	5 078		
Hulpmiddelen	1 332	Totaal zorguitgaven	54 350
Geneeskundige GGZ door instellingen	2 750		
Geneeskundige GGZ door vrijgevestigden	153		
Persoonsgebonden budgetten GGZ-Zvw	39		
Geneeskundige GGZ onverdeeld	67		
Grensoverschrijdende zorg	518		
Subsidies gezondheidszorg	19		

Het saldo van beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegedeeld, is per groep van sectoren opgenomen als onverdeeld.

Bron: VWS

Totale begrotingsuitgaven

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2008
41 – Volksgezondheid		
Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	51 627	
Voedsel- en productveiligheid	78 859	
Voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen	5 239	
Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	279 551	
Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg	132 119	
Ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg	14 528	
Personeel en materieel	8 775	
42 – Gezondheidszorg		
Versterken positie burger in zorgstelsel	3 332	
Realisatie gewenste zorgaanbod door zorgaanbieders	1 157 929	
Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg	5 744 661	
Personeel en materieel	8 131	
43 – Langdurige zorg		
Versterken positie burger in zorgstelsel	68 732	
Noodzakelijke zorg beschikbaar voor iedere cliënt	138 324	
Zorg is effectief en veilig	148 777	
Aanvaardbare maatschappelijke kosten zorg	4 708 929	
Personeel en materieel	4 106	
44 – Maatschappelijke ondersteuning		
Actieve participatie in maatschappelijke verbanden	23 058	
Vrijwillige ondersteuning door en voor burgers	79 544	
Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen	85 438	
Tijdelijke ondersteuning van burgers met (psycho)sociale problemen	343 567	
Personeel en materieel	3 925	
46 – Sport		
Gezond door sport		18 763
Meedoen door sport		68 584
Sport aan de top		27 627
Personeel en materieel		2 470
47 – Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II		
Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II		373 057
Herinnering en bewustzijn WO II		14 072
Personeel en materieel		1 273
98 – Algemeen		
Beheer en toezicht stelsel		88 300
Internationale samenwerking		11 998
Inspectie voor de Gezondheidszorg		39 166
Sociaal en Cultureel Planbureau		5 607
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling		124
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg		2 941
Gezondheidsraad		3 314
Centrale Commissie Mensgebonden onderzoek		1 476
Raad voor Gezondheidsonderzoek		355
Strategisch onderzoek RIVM		15 774
Strategisch onderzoek NVI		8 111
Inspectie Jeugdzorg		3 813
Personeel en materieel kernministerie		115 535
99 – Nominaal en onvoorzien		
Loonbijstelling		985
Prijsbijstelling		398
Onvoorzien		2
Taakstelling		– 43 503
Totaal begrotingsuitgaven		13 849 393

Ontwikkeling zorguitgaven

In de tabel hieronder worden de belangrijkste mutaties van de ontwikkeling van de zorgsuitgaven van de begroting 2007 tot de begroting 2008 gepresenteerd. Een toelichting op deze mutaties is opgenomen in de bijlage Financieel Beeld Zorg van dez begroting.

Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven in de jaren 2006 t/m 2012

bedragen in € miljoen	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007	44 058,6	46 375,0	49 172,7	51 706,1	54 300,3	57 085,2	
<i>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>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>	
Mutaties Jaarverslag 2006/1e Suppletore Wet 2007							
<i>Mutaties</i>							
a. Voorlopige afrekening 2006	394,9	1 066,5	1 067,2	1 067,2	1 067,2	1 067,2	
b. Niet-gerealiseerde korting ziekenhuizen		145,5	145,5	145,5	145,5	145,5	
c. Persoonsgebonden budgetten		60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	
d. Macro loon- en prijsbijstelling (CEP 2007)		- 74,2	- 107,7	- 114,7	- 128,7	- 141,7	
e. Financieringsmutaties	- 140,8	107,9					
f. IJklijnmutaties	34,5	- 3,6	- 2,6	- 2,6	- 6,0	- 6,0	
g. Overige mutaties		52,2	53,6	59,7	59,7	59,7	
Stand Jaarverslag 2006/1e Suppletore Wet 2007	44 347,2	47 729,3	50 388,7	52 921,2	55 498,0	58 269,9	
<i>wv uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>48 194,4</i>	<i>51 441,2</i>	<i>54 164,8</i>	<i>56 803,8</i>	<i>59 488,5</i>	<i>62 369,4</i>	
<i>wv ontvangsten</i>	<i>3 847,2</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>	
Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers							
h. Aanvullende afrekening 2006	396,8	146,6	150,5	150,5	150,5	150,5	
Maatregelen en beleidsaanpassingen							
i. Enveloppe Zorg			230,0	210,0	237,0	268,0	
j. Pakketuitbreiding			204,0	204,0	204,0	204,0	
k. Maatregel uurtarief medisch specialisten			- 175,0	- 175,0	- 175,0	- 175,0	
l. Uitgavenbeperking ziekenhuizen			- 160,0	- 160,0	- 160,0	- 160,0	
m. Maatstafconcurrentie ziekenhuizen				- 15,0	- 90,0	- 240,0	
n. Geneesmiddelen			- 340,0	- 340,0	- 340,0	- 340,0	
o. Maatregelen care			- 350,0	- 630,0	- 700,0	- 795,0	
wv schrappen grondslag somatisch/prijismaatregel			- 120,0	- 330,0	- 330,0	- 330,0	
wv best practices/efficiencykorting			- 115,0	- 190,0	- 265,0	- 360,0	
wv klassemiddenmaatregel			- 115,0	- 110,0	- 105,0	- 105,0	
p. Maatregel eigen betalingen AWBZ				- 80,0	- 80,0	- 80,0	
q. Maatregelen huisartsen		- 23,8	- 57,4	- 57,5	- 57,5	- 57,5	
r. Incidentele meevaller kapitaallasten		- 81,0					
s. Invoering eigen risico			761,4	778,7	731,2	785,7	
t. OVA			56,9	122,4	199,9	289,0	
Technische en macro-economische mutaties							
u. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2008)		- 14,7	495,7	1 160,9	1 774,2	2 394,8	
v. Financieringsmutaties	- 53,2	65,9					
w. IJklijnmutaties		- 11,4	- 13,4	- 13,4	- 13,4	- 13,4	
x. BKZ			- 45,6	- 7,3	132,3	273,1	
y. Overige mutaties	34,5	105,5	175,6	1 423,5	1 369,7	1 389,3	
Stand ontwerpbegroting 2008	44 725,3	47 916,4	51 321,4	55 493,0	58 680,9	62 163,4	65 868,9
<i>wv uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>48 572,5</i>	<i>51 631,2</i>	<i>54 349,7</i>	<i>58 727,3</i>	<i>62 057,4</i>	<i>65 698,6</i>	<i>69 543,1</i>
<i>wv ontvangsten</i>	<i>3 847,2</i>	<i>3 714,8</i>	<i>3 028,3</i>	<i>3 234,3</i>	<i>3 376,5</i>	<i>3 535,2</i>	<i>3 674,2</i>

Bron: VWS

Ontwikkeling begrotingsuitgaven 2008

In de tabel hieronder worden de belangrijkste mutaties van de ontwikkeling van de begrotingsuitgaven van de Ontwerpbegroting 2007 tot de Ontwerpbegroting 2008 gepresenteerd.

Onder het kopje *Mutaties na de eerste suppletore wet* zijn de extra middelen op grond van het coalitieakkoord opgenomen. Deze bedragen zijn inclusief extra middelen die wij door herschikking van onze begroting voor deze intensiveringen beschikbaar stellen. Daarbij is tevens de operationele doelstelling (OD) vermeld waarin het beleid verder is uitgewerkt. Daarnaast worden de mutaties ook toegelicht in het Verdiepingshoofdstuk.

Voor een toelichting op de belangrijkste mutaties in de eerste suppletore wet, en alle overige mutaties na de eerste suppletore wet wordt verwezen naar het Verdiepingshoofdstuk van deze begroting.

Bedragen x € 1 000	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007	13 589 474	13 732 429	13 983 341	14 399 041	14 747 122	14 747 122
Moties en amendementen						
Mutaties 1e Suppletore Wet 2007	84 416	305 816	135 649	266 123	367 090	352 248
<i>Waarvan belangrijkste beleidsmatige mutaties:</i>						
Infrastructuur zorgstelsel	9 875	6 160	4 460	1 760	1 660	1 660
Verdeelsleutel Maatschappelijke opvang	22 000	18 000	13 000	9 000	4 000	
Valys bovenregionaal vervoer	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
Koppelingsfonds	18 392	18 392	18 392	18 392	18 392	18 392
FES Topinstituut Pharma en BSIK projecten	10 000					
Pneumokokken in Rijksvaccinatieprogramma (overheveling naar de premiemiddelen)	- 39 450	- 39 450	- 39 450	- 39 450	- 39 450	- 39 450
Stand 1e Suppletore Wet 2007	13 673 890	14 038 245	14 118 990	14 665 164	15 114 212	15 099 370
Toedeling middelen coalitieakkoord						
<i>Envelope Zorg:</i>						
Verbinden preventie met curatieve zorg (gericht op chronische zieken en depressiviteit; OD 41.3.4)		6 000	2 000			
Verlaging leeftijdsgrens griepvaccinatie van 65+ naar 60+ (OD 41.3.4)		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Activiteiten in het kader van de preventienota Kiezen voor gezond leven (OD 41.3.1)		5 000	5 000	5 500	5 500	5 500
Beperking verkrijgbaarheid alcohol en preventie alcoholmisbruik (OD 41.3.1)		5 700	5 700	5 200	4 200	4 200
Invoering(campagne) rookvrije horeca en aanpak stoppen met roken (OD 41.3.1)		8 000	2 000	1 000		
Arbeidsmarktbeleid curatieve zorg (OD 42.3.2)		14 937	14 937	20 437	19 687	
Innovatie impuls in de zorg (OD 42.3.2)		10 000	15 000	20 000	25 000	30 000
Transparantie zorgaanbod (42 en 43: OD1)		2 200	2 200	2 200	2 200	
Elektronisch medicatiedossier (EMD) en Waarneem-dossier huisartsen (WDH) (OD 42.3.2)		15 000	30 000			
Campagne patiëntveiligheid (OD 42.3.2)		2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Vereenvoudiging indicatiestelling (OD 43.3.2)		5 000	8 000	8 000	500	
Invoering zorgzwaartebekostiging (OD 43.3.3)		5 500				
Intensivering ketenzorg (o.a. programma kwetsbare ouderen; OD 43.3.3)		10 000	20 000	30 000	30 000	
Verbeteren patiëntveiligheid en transparantie (OD 43.3.3)		3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Meten patiëntervaringen (CQ index; OD 43.3.3)		2 400	2 800	2 900	1 900	1 900
Kleinschalig wonen (OD 43.3.3)		15 000	20 000	30 000	30 000	
Palliatieve zorg (OD 43.3.3)		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000

Bedragen x € 1 000	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verbeteren inzicht in kwaliteit zorg en rechten van patiënten (42 en 43: OD 1)		12 900	11 500	11 500	11 500	11 500
Ondersteuning zorgprofessional (OD 43.3.3)		2 500	2 500	2 500	2 500	
Vermindering prevalentie decubitus, valincidenten, ondervoeding en seksueel misbruik in verpleeg- en verzorgingshuizen (OD 43.3.3)		7 500	7 500	7 500	7 500	3 800
Ondersteuning cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen (OD 43.3.3)		15 000	10 000			
Arbeidsmarktbeleid langdurige zorg (OD 43.3.3)		44 812	53 437	61 312	59 062	
Voorkomen (vrouwelijke) genitale verminking, eergerelateerd geweld, huiselijk geweld en uitbreiding plaatsen vrouwenopvang (OD 44.4.4)		3 000	5 500	8 000	10 500	13 000
Verbinden preventie met curatieve zorg (Bewegen op recept; OD 46.3.1)		3 000	1 000			
<i>Envelope Sport:*</i>						
Sporten en bewegen door jongeren en brede scholen in krachtwijken (OD 46.3.2)		7 500	7 500	7 500	7 500	7 500
Talentontwikkeling (OD 46.3.3)		2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
<i>Envelope Capaciteit veiligheidsketen en preventie:</i>						
Heroïnebehandeling op medisch voorschrift (OD 41.3.1)		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Huiselijk geweld, Eergerelateerd geweld, Genitale verminking en Vrouwenopvang (OD 44.4.4)**		1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Stand ontwerpbegroting 2008	12 627 198	13 849 393	14 158 455	14 441 629	14 896 216	15 350 221

* In totaal is er voor sport € 10 miljoen extra beschikbaar voor 2008 en structureel € 20 miljoen vanaf 2009.

** In totaal is er voor dit onderwerp in 2008 € 17,9 miljoen extra beschikbaar oplopend tot € 42,3 miljoen in 2012.

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
2008

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2008

In de preventievisie die in de tweede helft van 2007 verschijnt en waar onze reactie op het IBO preventie onderdeel van uitmaakt, zetten wij uiteen hoe we de volksgezondheid willen verbeteren. Daarbij zijn wij op zoek naar partners in preventie. Wij willen samenwerken met gemeenten, het onderwijs, zorgverzekeraars, de sportsector, werkgevers en andere partijen en sectoren die parallelle belangen hebben bij gezonde burgers. De hoofdlijnen van ons vernieuwde preventiebeleid luiden als volgt:

- bestaande preventiemaatregelen (gezondheidsbescherming en ziektepreventie) in stand te houden («dijkbewaking») en te innoveren. Zo gaat in 2008 de leeftijdsgrens voor griepvaccinatie omlaag van 65 naar 60;
- met andere ministeries gezond leven stimuleren en de omgeving van de burger gezonder maken. Dit betekent onder meer dat horeca en sportkantines wettelijk rookvrij worden per 1 juli 2008;
- preventie via de zorg te versterken. Het is van groot belang preventie en zorg meer met elkaar te verbinden. We onderzoeken of bewegen op recept en stoppen met roken in het basispakket kunnen worden opgenomen;
- bestuurlijke vernieuwing realiseren waar dit nodig is: gebiedscongruentie tussen GGD- en GHOR-regio's, modernisering van het Rijksvaccinatieprogramma en effectiever VWA-toezicht.

In de verschillende operationele doelstellingen van dit artikel komen deze lijnen terug.

In het vervolg op de preventievisie komen er onder meer een Voedingsnota, een hoofdlijnenbrief over alcoholbeleid, een drugspreventieplan en een beleidsnota over de aanpak van overgewicht. Ook gaan de landelijke acties ter uitvoering van de Preventienota «Kiezen voor gezond leven» uit 2006 door. De speerpunten uit deze nota zijn: roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie.

De beleidsbrief Ethiek die in de tweede helft van 2007 verschijnt, zal de beleidsuitgangspunten en activiteiten van ethiek in de komende periode bevatten. Belangrijke onderwerpen zijn:

- Evaluatie en wetswijziging van de Wet afbreking Zwangerschap (WAZ), de Embryowet en de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL);
- Evaluatie en wetswijziging van de Wet afbreking zwangerschap (WAZ), de Embryowet en de WTL;
- Het verbeteren van de abortushulpverlening;
- Programma wetsevaluatie naar met name het hanteren van juridische begrippen, zoals toestemming, in de verschillende zorgterreinen;
- Onderzoeksprogramma Ethiek en Gezondheid bij ZonMw.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor het:

- Bevorderen dat mensen gezonder gaan leven;
- Beschermen van consumenten tegen onveilige consumentenproducten en levensmiddelen;

- Bevorderen van veilig gedrag en een veilige omgeving ter voorkoming van letsels door ongevallen in de privésfeer;
- Beschermen van burgers tegen (de gevolgen van) infectieziekten en rampen;
- Zorgdragen voor een doelmatige en effectieve openbare gezondheidszorg;
- Scheppen van de randvoorwaarden voor meer preventie via de zorg;
- Bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek.

Externe factoren

Externe factoren

Veel ziekte overkomt mensen. Maar ziekte is ook vaak te voorkomen. Door burgers zelf, en via de wijken, op scholen, in de sport, op het werk en in de zorg. Vaak is er sprake van een parallelle van belangen. Om onze beleidsdoelen te bereiken, gaan we daarom aan de slag met andere ministeries, gemeenten, het bedrijfsleven, scholen, werkgevers en werknemers, zorgverzekeraars en -aanbieders (beroepsgroepen), maatschappelijke organisaties en de sportsector. Overigens dragen diverse ministeries nu ook al vanuit hun eigen verantwoordelijkheid bij aan de preventie van gezondheidsschade. Voorbeelden zijn Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (coffeeshopbeleid in gemeenten), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (gezondheidsbescherming werknemers), Verkeer en Waterstaat (verkeersveiligheid), Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (voedselkwaliteit) en Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieu (blootstelling en normstelling van stoffen, milieu en gezondheid in steden).

Er is een aantal actoren werkzaam op het terrein van de volksgezondheid:

- Gemeenten staan voor de collectieve preventie op lokaal niveau. Elke vier jaar brengen gemeenten een nota lokaal gezondheidsbeleid uit. GGD-en voeren de wettelijke preventietaken van gemeenten grotendeels uit.
- Het RIVM ontwikkelt zich tot een expertise- en regiecentrum voor landelijke overheidstaken op het gebied van de publieke gezondheid. Daartoe is een aantal centra opgericht: het Centrum Infectieziektebestrijding, het Centrum voor Bevolkingsonderzoek, het Centrum Jeugdgezondheid en onlangs het Centrum Gezond Leven en het Centrum Gezondheid en Milieu. Het RIVM krijgt bovendien een grotere rol bij de voorlichting aan het publiek.
- De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) handhaaft de wettelijke regels voor alcohol, tabak, eet- en drinkwaren en consumentenproducten. Voor alle activiteiten van de VWA geldt dat er met name in de uitvoering naar gestreefd wordt om discontinuïteit van de bedrijfsvoering als gevolg van de Efficiëntie operatie van de Rijksdienst zoveel mogelijk te voorkomen.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt onder meer toezicht op de volksgezondheid en de openbare gezondheidszorg. Daarnaast inspecteert de IGZ de infectiepreventie door zorginstellingen.

Het nationale preventiebeleid is deels afhankelijk van ontwikkelingen in EU-verband of op mondiaal niveau. Zo is er bij de infectieziektebestrijding meer internationale afstemming en samenwerking met het European Center for Disease Control and Prevention en de WHO. En door de harmonisatie via EU-richtlijnen zijn er regelmatig aanpassingen in de nationale wetgeving.

Prestatie-indicatoren

We meten het volksgezondheidsbeleid op effectniveau met de indicatoren absolute levensverwachting en levensverwachting in goed ervaren gezondheid. Daarnaast brengt het RIVM vierjaarlijks de Volksgezondheid Toekomst Verkenning en tweejaarlijks de Zorgbalans uit, die inzicht bieden in de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
1. Absolute levensverwachting in jaren:				
mannen	76,2	2003	–	>76,2 (2011)
vrouwen	80,9	2003	–	>80,9 (2011)
2. Levensverwachting in goed ervaren gezondheid in jaren:				
mannen	83,4%	2006	–	> 83,4% (2011)
vrouwen	77,8%	2006	–	> 77,8% (2011)

Bron: CBS/Doodsoorzakenstatistiek en POLS (Voor het berekenen van de levensverwachting in goede ervaren gezondheid is het aantal «gezonde» jaren bepaald op basis van het percentage mensen dat op de vraag naar ervaren gezondheid «goed» of «zeer goed» antwoordde). Het gaat hier dus om de verhouding tussen de levensverwachting en het aantal jaren dat deze in goede gezondheid wordt ervaren.

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. Op dit moment staat Nederland voor mannen op het gemiddelde van de 15 «oude» EU-landen en voor vrouwen op het gemiddelde van de EU-25. Wij hebben geen streefwaardes voor 2008 opgenomen, maar hebben gekozen voor een streefwaarde op langere termijn (2011). De reden hiervoor is dat de effecten van het beleid pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn.

41.2 Budgettaire gevolgen van beleid*Begrotingsuitgaven:***Begrotingsbedragen x € 1 000**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verplichtingen	727 176	560 344	554 507	540 831	584 375	575 055	574 549
Uitgaven	743 004	775 797	570 698	555 155	587 741	578 219	578 161
Programma-uitgaven	734 848	766 521	561 923	546 813	579 716	570 896	570 838
Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	31 536	30 735	51 627	43 707	42 757	37 591	37 591
Voedsel- en productveiligheid	84 744	81 085	78 859	77 376	74 407	68 454	68 454
Voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen	0	5 498	5 239	4 456	4 456	4 456	4 456
Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	271 313	269 992	279 551	279 873	324 690	327 391	328 682
Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg	334 501	364 801	132 119	127 055	119 202	119 065	118 716
Ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg	12 754	14 410	14 528	14 346	14 204	13 939	12 939
Apparaatsuitgaven	8 156	9 276	8 775	8 342	8 025	7 323	7 323
Ontvangsten	13 696	13 123	12 323	16 723	20 223	15 623	15 623

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012
1. <i>Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl</i>	51 627	43 707	42 757	37 591	37 591
– Juridisch verplicht	47 226	31 173	28 735	26 624	26 624
– Bestuurlijk gebonden	2 666	2 666	2 666	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 735	9 868	11 356	10 967	10 967
2. <i>Voedsel- en productveiligheid</i>	78 859	77 376	74 407	68 454	68 454
– Juridisch verplicht	77 992	75 610	71 873	65 206	65 206
– Bestuurlijk gebonden	300	300	300	300	300
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	567	1 466	2 234	2 948	2 948
3. <i>Voorkomen gezondheidsschade door ongevallen</i>	5 293	4 456	4 456	4 456	4 456
– Juridisch verplicht	5 239	4 456	4 334	3 294	3 164
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	0	0	122	1 162	1 292
4. <i>Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten</i>	279 551	279 873	324 690	327 391	328 682
– Juridisch verplicht	278 455	276 354	320 053	320 371	319 487
– Bestuurlijk gebonden	0	1 050	1 050	800	800
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 096	2 469	3 587	6 220	8 395
5. <i>Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg</i>	132 119	127 056	119 203	119 056	118 716
– Juridisch verplicht	131 293	30 651	28 826	27 571	26 440
– Bestuurlijk gebonden	0	94 563	87 985	87 760	87 411
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	826	1 842	2 392	3 734	4 865
6. <i>Ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg</i>	14 528	14 346	14 204	13 939	12 939
– Juridisch verplicht	13 920	2 339	1 741	1 662	1 871
– Bestuurlijk gebonden	0	10 882	10 882	10 882	10 882
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	608	1 125	1 581	1 395	186

Toelichting

De bedragen die «niet juridisch verplicht of bestuurlijk gebonden» zijn opgenomen zijn beleidsmatig gereserveerd voor uitgaven op het terrein van:

- OD 1 Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl: uitvoeren preventienota Kiezen voor gezond leven, preventie van schadelijk alcoholgebruik en preventie van overgewicht.
- OD 2 Voedsel- en productveiligheid: onderzoek naar veroorzakers van voedselinfecties veiligheid van producten.
- OD 4 Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten: de voorbereidende activiteiten griepdemonstratie, verminderen van de problematiek bij allochtonen op het gebied van seksuele gezondheid, interventiestrategieën chronische ziekten en voorlichting en implementatie International Health Regulations.
- OD 5 Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg: programmatische aanpak van depressie (grip op je dip), de verbetering van de paraatheid van zorgvoorzieningen voor grootschalig optreden bij crises en rampen en het verminderen van gezondheidsproblemen in de aandachtswijken.
- OD 6 Ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg: de verplichte evaluatie van ethische wetten en het uitvoeren van het standpunt op de evaluatie van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (euthanasiepraktijk).

De bovengenoemde onderwerpen liggen voor een groot deel al vast in het coalitieakkoord en er liggen concrete voorstellen aan ten grondslag.

Premie-uitgaven:

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Preventieve zorg (uitvoeren Rijks-vaccinatieprogramma)	70,4	98,7	99,2	99,2	99,2	99,2	99,2
Ouder- en kindzorg	7,9	6,0	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
Volksgezondheid onverdeeld			- 0,9	- 1,6	- 2,2	- 2,6	- 2,6
Totaal	78,3	104,7	104,2	103,5	102,9	102,5	102,5
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		33,7%	- 0,5%	- 0,7%	- 0,6%	0,4%	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 eerste suppletore wet 2007 en de miljoenennota 2008 verwerkt. Voor 2007 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2008 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd. Het saldo van beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegeedeeld, is opgenomen als onverdeeld.

41.3 Operationele doelstellingen

Er zijn zes operationele doelstellingen op het gebied van volksgezondheid:

1. meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl;
2. het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten;
3. het voorkomen 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.
6. het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek.

41.3.1 Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl

Motivering

Motivering

De burger is primair zélf verantwoordelijk voor zijn leefstijl, maar ook gemeenten, scholen, werkgevers, sportverenigingen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders 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. We willen gezond leven bevorderen door het roken te ontmoedigen, beweging te bevorderen, gezonde voeding te bevorderen, overgewicht te voorkomen, en door preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
1. Percentage Niet-rokers stijgt	72%	2006	74%	80% (2011)
2. Percentage van de Nederlandse bevolking (vanaf 18 jaar) dat voldoet aan de beweegnorm of de fitnorm (zie art. 46 Sport).	63%	2005	–	65% (2011)
3. Percentage mensen dat gezond eet neemt toe:				
a. Percentage borstgevoede kinderen:				
1e dag	79%	2005	–	85% (2011)
1 mnd	54%	2005	–	60% (2011)
6 mnd	25%	2005	–	25% (2011)
b. Consumptie gemiddeld per dag van groente (2 ons)	2%	2003	–	10% (2011)
fruit (2 stuks)	7%	2003	–	10% (2011)
c. Consumptie in energieprocenten ¹ in de totale inname energie per dag van:				
verzadigde vetzuren	12,9	2003	–	10,0 (2011)
Transvetzuren	1,1	2003	–	1,0 (2011)
d. Consumptie zout (in grammen per dag)	10	2006	–	6 (2011)
4. Percentage volwassenen zonder overgewicht stabiliseert en het percentage kinderen zonder overgewicht stijgt.				
mannen:	55%	1993–1997	–	55% (2011)
vrouwen:	65%	1993–1997	–	65% (2011)
kinderen:	87%	1993–1997	–	90% (2011)
5. Het percentage mensen in de algemene bevolking (16 tot 69 jaar) zonder problemen als gevolg van alcoholgebruik stijgt	90,7%	2004	–	92,5% (2011)
6. Aantal problematische verslaafden per 1 000 inwoners	3,1	2005	–	3,1 (2011)

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

Bronnen:

1. TNS NIPO; Nota «Langer gezond leven»(kamerstukken 22 894, nr. 20); Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006–2010 (kamerstukken 22 894, nr. 78); STIVORO jaarverslag 2006 (<http://www.stivoro.nl/getbijlage.jsp>)
3. TNO, Peiling melkvoeding van zuigelingen, 2005 Verwijzingen\TNO_peiling_2005.pdf; RIVM, Resultaten van de voedselconsumptiepeiling 2003 bij jongvolwassenen (19–30 jaar) in Nederland Verwijzingen\VCP 2003 Jongvolwassenen.pdf.
4. Advies Gezondheidsraad «Overgewicht en Obesitas», 2003. Begroting op internet\Overgewicht.pdf
De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek, Universiteit Maastricht, februari 2005 Verwijzingen feb. 2005 – Rapport Prevalentie van probleemdrinken in Nederland.pdf. Recent herberekend door G. J. Meerkerk, M. Derickx, e.a.: Het meten van probleemdrinken.
5. HBSC 2005: Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Trimbos-instituut, 2007.
6. Jaarbericht 2005, Nationale Drug Monitor Productbeschrijving.

Toelichting

In de meeste gevallen hebben we geen streefwaardes voor 2008 opgenomen, maar hebben we gekozen voor een streefwaarde op langere termijn (2011). De reden hiervoor is dat de effecten van het beleid pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn en dat rechtvaardigt het niet om gegevens over tussenwaardes jaarlijks te verzamelen. De streefwaardes zijn ambitieus, maar realistisch gesteld wanneer de voorgenomen interventies ook worden uitgevoerd. Ook sluit de ambitie aan bij de motivatie van andere partijen die in de verschillende programma's participeren. In de tweede helft van 2007 komt de voedingsnota uit. Hierin zullen de doelstellingen van gezonde voeding (indicator 3) verder worden toegelicht en mogelijk verrijkt en/of uitgebreid. Er is (nog) geen algemene indicator te geven. Het RIVM stelt een voedingsindex op die hier meer inzicht in geeft. Het beoogde ontwikkeltraject voor de voedingsindex is twee jaar, van medio 2006 tot medio 2008.

Instrumenten te behoeve van het ontmoedigen van roken

- Uitvoeren van het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006–2010 (kamerstukken 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 2008 zal naar verwachting eind 2007 gereed zijn.

- Rookvrije horeca

Het kabinet heeft, volgend op de afspraken in het coalitieakkoord, besloten om de rookvrije horeca per 1 juli 2008 in te voeren. Hieraan voorafgaand zal een invoeringscampagne plaatsvinden. Ook zal de handhavingscapaciteit worden uitgebreid om toe te zien op de naleving van de rookvrije horeca. Een dergelijke maatregel werkt het beste als tegelijkertijd ook wordt geïnvesteerd in het stoppen-met-roken. Zo vindt in 2008 onder andere het vervolg plaats van de in 2007 gestarte proefimplementatie ondersteuning bij stoppen met roken. Deze proef vloeit voort uit de nota «Kiezen voor gezond leven». Voor de invoerings- en stoppen-met-roken activiteiten is in totaal € 8 miljoen beschikbaar.

Instrumenten ter bevordering van beweging

- Uitvoeren van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB)
Dit wordt verder uitgewerkt in artikel 46 Sport onder OD 46.3.1 Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid.

- Bewegen op recept (BOR)

In 2008 zal bewegen op recept via de zorg gestimuleerd worden. Zie hiervoor ook artikel 46 Sport onder OD 46.3.1.

Instrumenten ter bevordering van gezonde voeding en gezond leven:

- Verbeteren van de regelgeving van etikettering en logo's
Door het voortzetten van de actieve Nederlandse inbreng in de herzieningen van EU-regelgeving wordt bevorderd dat de informatie over levensmiddelen helder is, zodat consumenten kunnen kiezen voor gezonde (en veilige, zie operationele doelstelling 41.3.2) levensmiddelen en de administratieve lasten voor het bedrijfsleven beperkt blijven (brief aan TK: kamerstukken 29 515, nr. 150 en Administratieve lasten in de voedselketen). Daarnaast willen we het gebruik van de beschikbare gegevens vanuit de Consumentendatabank bij het Voedingscentrum Nederland (VCN), de wetenschappelijke databank bij het RIVM (voorheen Allergenendatabank) en de Nederlandse Voedingsmiddelentabel en de koppeling met de Voedselconsumptiepeiling (VCP) verbeteren. Door de koppeling zijn we beter in staat om te zien welke voedingsstoffen consumenten binnenkrijgen en daar beleid op te ontwikkelen (€ 2,2 miljoen).

- 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 41.3.2) en belangrijke projecten zoals Verborgene vetten, Borstvoeding verdient tijd en Groente en Fruit.

- Integratie smaaklessen en schoolgruiten
Integratie afzonderlijke pakketten smaaklessen en schoolgruiten tot één gezamenlijk lespakket voor gezonde voeding van VWS en LNV (€ 0,4 miljoen). Daarnaast worden activiteiten ontplooid op de terreinen borstvoeding, vetten, groente en fruit, zout en het voedingsbeleid gericht op ouderen (€ 1,5 miljoen).

- Centrum Gezond Leven
Het Centrum Gezond Leven van het RIVM coördineert landelijk gezonde leveninterventies en -programma's in gemeenten, op scholen, bij sportverenigingen, op de werkplek en in de zorg (€ 2 miljoen).

- Subsidies verstrekken aan gezondheidsbevorderende instellingen
Deze subsidies zijn bedoeld voor voorlichting en preventieprojecten ter bevordering van gezond leven (€ 7 miljoen).

- Programma Landelijke Leefstijlcampagnes uitvoeren via ZonMw
Doel is om geïntegreerd, effectief en doelmatig voorlichting te geven (€ 9,5 miljoen).

Instrumenten ter voorkoming van overgewicht:

- Convenant Overgewicht
Uitvoeren en monitoren van acties uit het Convenant Overgewicht (Staatscourant nr. 53, 2005) (€ 0,4 miljoen).

- Actieplan Energie in balans
Uitvoeren van het actieplan Energie in Balans (kamerstukken 22 894, nr. 70) in het kader van het Convenant Overgewicht (€ 0,4 miljoen).

- De Gezonde school en Genotmiddelen
Door middel van het schoolpreventieprogramma «De Gezonde school en Genotmiddelen» wordt ter bevordering van een gezonde leefstijl van kinderen en jongeren op scholen voorlichting gegeven over onder andere de genotmiddelen alcohol, drugs en tabak en de risico's daarvan (€ 0,3 miljoen).

Instrumenten ten behoeve van preventie van schadelijk alcoholgebruik:

- Voorbereiden wijzigingsvoorstellen Drank- en Horecawet (DHW)
Hiermee willen we het vergunningenstelsel aanpassen, de handhaving verbeteren (introduktie gemeentelijke toezichthouders/politie), het alcoholbeleid gericht op jongeren versterken en gemeenten krijgen de mogelijkheid de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol aan jongeren te verhogen van 16 naar 18 jaar.

- Verscherpen toezicht controle leeftijdsgrenzen Drank en Horecawet (DHW)
Zoals in het coalitieakkoord en bestuursakkoord met de VNG is vastgelegd zal op langere termijn het toezicht overgaan naar gemeenten en politie. In samenwerking met BZK zal een pilot worden opgezet om te bezien hoe het toezicht dan het beste verdeeld kan worden. Door het (tijdelijk) intensiveren van het toezicht door de VWA willen we bereiken dat verstrekkers van alcohol op de korte termijn al de wettelijk vastgestelde leeftijdsgrenzen van de DHW beter gaan naleven. Voor beide trajecten is

in totaal € 3,9 miljoen beschikbaar naast de financiële middelen die BZK aan de pilot toezicht Drank- en Horecawet zal bijdragen.

- Regionale vroegopstap-gesprekken (sluitingstijden)

In het Beleidsprogramma 2007–2011 staat aangegeven dat gesprekken gevoerd zullen worden met de branche, gemeenten, ouders en jongeren over de sluitingstijden van de horeca. Deze gesprekken zullen naar verwachting in het najaar van 2007 en het voorjaar van 2008 plaatsvinden (€ 0,1 miljoen).

- Monitoren van alcoholbeleid

Doel is onder meer inzicht te krijgen in de effecten van reclame voor alcoholhoudende dranken, de naleving van de zelfreguleringsafspraken en de implementatie van lokaal alcoholbeleid (€ 0,3 miljoen).

Instrumenten ter voorkoming van drugsgebruik en ten behoeve van het laten afnemen van gezondheidsschade door drugsgebruik

- Continueren van het kwaliteits- en innovatieprogramma Resultaten Scores

Hiermee willen we bewezen effectieve behandeling en best practices in de verslavingszorg doelmatig invoeren (€ 0,35 miljoen). De effectiviteit van de verslavingszorg zal hierdoor toenemen.

- Continueren 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 ten behoeve van preventie en behandeling (€ 2 miljoen).

- Subsidies verstrekken

Subsidies verstrekken aan diverse instellingen die actief zijn op het terrein van het drugsbeleid of hulp aan verslaafden en aan het Trimos instituut. Deze subsidies zijn bedoeld voor voorlichtings- en preventieactiviteiten, onderzoek en monitoring van de drugsproblematiek (€ 3,8 miljoen).

- Internationaal

Positieve en negatieve ervaringen uitwisselen over onderzoek, monitoring, preventie, voorlichting en behandeling op het gebied van het voorkomen van drugsgebruik en het beperken van de gezondheidsrisico's. De nadruk hierbij ligt op Frankrijk en de Verenigde Staten en internationale organisaties als de Verenigde Naties en de Raad van Europa (€ 0,2 miljoen). Daarnaast verstrekken we proactief informatie aan andere landen over het Nederlandse drugsbeleid en versterken van internationale samenwerking. Hiermee willen we meer begrip kweken voor een benadering die op wetenschappelijke bewijzen gebaseerd is (0,2 miljoen).

- Heroïnebehandeling

Subsidies verstrekken aan de gemeentes voor de behandeling met heroïne. Zoals in het coalitieakkoord is overeengekomen wordt de heroïnebehandeling op medisch voorschrift voor therapieresistente verslaafden in de steden gecontinueerd (€ 15,2 miljoen).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Specifieke uitkeringen	15 172	15 172	15 172	15 172	15 172
Heroïnebehandeling op medisch voorschrift	15 172	15 172	15 172	15 172	15 172
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	9 452	9 452	9 452	9 452	9 452
<i>Onder andere:</i>					
NIGZ	2 425	2 425	2 425	2 425	2 425
Trimbos	3 769	3 769	3 769	3 769	3 769
Stivoro	817	817	817	817	817
Jellinek	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ)	981	981	981	981	981
Projectsubsidies	24 003	16 883	16 933	10 767	10 767
<i>Onder andere</i>					
Ontmoedigen roken	7 200	2 000	1 000		
CCBH	1 300				
Uitvoering preventienota Kiezen voor gezond leven	735	635	735		
Preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik	6 000	6 000	5 500	4 500	4 200
Overgewicht en voeding	6 000	6 000	6 500	5 500	5 500
Opdrachten	1 000	200	200	200	200
<i>Onder andere:</i>					
Ontmoedigen roken	800				
Bijdragen aan baten-lastendiensten	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
RIVM: Centrum Gezond Leven	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Totaal	51 627	43 707	42 757	37 591	37 591

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

41.3.2 Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten

Motivering

Motivering

We willen de consument beschermen tegen gezondheidsschade als gevolg van onveilig voedsel en onveilige producten. Daartoe nemen we een aantal initiatieven op het terrein van:

- Het bevorderen van voedselveiligheid;
- Het bevorderen van productveiligheid.

Burgers hebben vanzelfsprekend een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken, zoals zorg te dragen voor een goede hygiëne bij de bereiding van levensmiddelen en producten op een veilige en daartoe bestemde manier te gebruiken. Wij beschermen de consument tegen gezondheidsrisico's waarop hij zelf weinig of geen invloed heeft om ze te voorzien en te voorkomen. De Europese en nationale productwetgeving bepalen dat producenten en verhandelaren primair verantwoordelijk zijn voor het produceren en in de handel brengen van uitsluitend veilige producten en levensmiddelen.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
1. Aantal voedselinfecties gerelateerd aan Salmonella neemt af.	19 250	2004	14 000	10 000 (2011)
2. Aantal voedselinfecties gerelateerd aan Campylobacter stabiliseert en neemt na 2008 langzaam af.	24 500	2004	24 000	21 000 (2011)

Bron: RIVM

Toelichting

1. en 2. Op dit moment wordt middels onderzoek door het RIVM gewerkt aan een nadere integratie van de monitoringsactiviteiten. Een indicator voor productveiligheid ontbreekt hierbij. Anders dan bij voedselinfecties is het zeer moeilijk een precieze relatie aan te geven tussen gezondheidsschade en de onveiligheid van een product. Zo zijn letsels vaak het gevolg van een combinatie van factoren waaronder de onveiligheid, maar ook slijtage van het product. Vaak spelen daarbij onjuist gebruik of onveilig gedrag tevens een zeer belangrijke rol. Gezondheidschade ten gevolge van chemische onveiligheid van producten is tevens zeer problematisch in kaart te brengen. Het streven is om in de begroting van 2009 wel een prestatie-indicator op te nemen die betrekking zal hebben op de mate waarin ondernemers invulling geven aan het beschikken over een eigen kwaliteitssysteem. Hiermee wordt geborgd dat uitsluitend veilige producten worden verhandeld.

Instrumenten ter bevordering van de voedselveiligheid

- 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 (kamerstukken 26 991, nr. 148).

- Vaststellen van maximum toelaatbare gehalten verontreinigingen in Europees verband

Met Europese normstelling 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 2008 continueren we het beleid van 2007 en besteden we met name aandacht aan de Europese harmonisatie van regelgeving voor acrylamide, furanen en pcb's in levensmiddelen. Ook werken we aan verdere harmonisatie van regelgeving voor maximaal toelaatbare residugehaltes van bestrijdingsmiddelen op groente en fruit.

- 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 2008 wordt effectiviteit van onderzoek vergroot door onderzoek dat loopt via VWS, VWA en LNV te bundelen.

Instrumenten te bevordering van produktveiligheid

- Bijdragen aan vaststelling en implementeren van de Europese Global Harmonized System Verordening voor de indeling en etikettering van stoffen en preparaten (EU GHS Verordening) voor bedrijfsleven en consumenten.

Hierin wordt samengewerkt met het bedrijfsleven en de ministeries van SZW, EZ, BZK, V&W en VROM. De EU GHS Verordening is de eerste

schakel in de keten van de bescherming van de consument tegen risico's van chemische stoffen en stelt de consument en het bedrijfsleven in staat veilig om te gaan met de chemische risico's van producten. Het voorstel voor de verordening is in juni 2007 door de Commissie ingediend bij de Raad en het Europees Parlement (€ 0,3 miljoen).

- Bijdragen aan rijksbrede voorlichting over de nieuwe Europese verordening voor chemische stoffen (REACH: Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals)

Doel is bedrijfsleven voor te lichten over de verplichtingen in de verordening en de consumenten beter te beschermen tegen risico's van chemische stoffen in producten. (€ 0,1 miljoen). De voorlichting vindt plaats van 2007 tot 2009.

- Vereenvoudigen van Europese productveiligheidsrichtlijnen en -verordeningen

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. Doel hierbij is ook de (voelbare) lasten voor het bedrijfsleven te verminderen (€ 0,2 miljoen).

- Voortzetten van het programma Dierproeven begrensd via ZonMw
Met dit programma willen we dierproeven verminderen, vervangen en verfijnen. Dierproeven leveren een belangrijke bijdrage aan de veiligheid van consumentenproducten en levensmiddelen. Mogelijkheden van het ASAT (Achieving Safety without Animal Testing)-initiatief zullen worden onderzocht (kamerstukken 30 168, nr. 2). Er zal een trendanalyse naar de ontwikkelingen op het terrein van dierproeven worden uitgevoerd (€ 0,4 miljoen).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	1 475	1 475	1 475	1 475	1 475
<i>Onder andere:</i>					
Stichting Voedingscentrum Nederland	1 434	1 434	1 434	1 434	1 434
Projectsubsidies	2 462	2 887	2 878	2 848	2 848
<i>Onder andere:</i>					
Consumentendatabank	250	250	250	250	250
Voedselinfecties/Voedselveiligheid (waaronder salmonella/campylobacter)	820	820	595	595	595
Implementatie EU-regelgeving productveiligheid	550	550	1 050	1 050	1 050
Dierproeven	400	100	100	100	100
Opdrachten	621	202	202	200	200
Bijdragen aan baten-lastendiensten	74 001	72 512	69 552	63 631	63 631
Voedsel en Warenautoriteit (VWA)	74 001	72 512	69 552	63 631	63 631
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken	300	300	300	300	300
Bijdrage College Toelating Bestrijdingsmiddelen	300	300	300	300	300
Totaal	78 859	77 376	74 407	68 454	68 454

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

We willen 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.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicator:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
Aantal spoedeisende hulpbehandelingen in ziekenhuizen door privé-ongevallen en sportblessures daalt.	700 000	2001	640 000	610 000 (2012)
	600 000	2004		
	600 000	2005		
	660 000	2006		

Bron: Letsel Informatie Systeem 2001–2004 (Consument en Veiligheid) Consument en Veiligheid Bevolkingsstatistieken en- prognoses 2001, 2006, 2008(CBS) CBS - Home

Hier is het peiljaar 2012 i.p.v. 2011 opgenomen i.v.m. de tweejaarlijkse reeks peilingen.

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. De opgegeven waarde voor 2006 is de streefwaarde; de voorlopige schatting van de gerealiseerde waarde is 600 000. De definitieve gerealiseerde waarde zal in het Jaarverslag 2007 worden opgenomen.

De streefwaarde voor de lange termijn voor privé-ongevallen is gebaseerd op de doelstelling alle letsel (dus inclusief geweld, zelfverwonding en ongevallen op werk en in het verkeer) met 5% te laten dalen in 2012 ten opzichte van 2005, na demografische correctie en voor sportblessures na correctie voor sportparticipatie. Zie daarvoor onder beleidsprioriteiten, tweede bullet.

Instrumenten ter voorkoming van gezondheidsschade

- 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. Ook onderzoekt de stichting het effect hiervan. Het gaat daarbij om monitoring, analyse van verzamelde data, ontwikkelen van interventie maatregelen, uitvoeren van interventies en evaluaties van genomen maatregelen (€ 3,2 miljoen).

- Voortzetten van kosteneffectief beleid en versterken intersectorale aanpak.

Doel is een verdere daling van letsels door ongevallen, zelfverwonding en geweld in 2012 met 5%. Door middel van subsidies wordt de public health aanpak verder geïntroduceerd in de domeinen van verkeer, arbeid en geweld en worden intersectorale interventies ontwikkeld. Subsidies worden tevens ingezet voor het ondersteunen van lokaal beleid en het uitbreiden van de toepassingsmogelijkheden van registraties en monitoring (€ 1,3 miljoen).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	3 164	3 164	3 164	3 164	3 164
Stichting Consument en Veiligheid	3 164	3 164	3 164	3 164	3 164
Projectsubsidies	1 973	1 292	1 292	1 292	1 292
<i>Ondere andere:</i>					
Voortzetting preventieactiviteiten	1 300	1 292	1 170	130	0
Opdrachten	102	0	0	0	0
Totaal	5 239	4 456	4 456	4 456	4 456

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

We willen 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. Met de vergrijzing neemt het aantal mensen dat leidt aan chronische ziekten verder toe. In het kader van het verbinden van curatieve zorg en preventie wordt ingezet op het voorkomen van of het verder verergeren van deze chronische ziekten. Dat doen wij door:

- Te zorgen voor een goede landelijke structuur ter bestrijding van infectieziekten, diverse activiteiten te financieren en te zorgen voor voorbereiding op grote uitbraken van ziekten;
- Het inrichten van een goede organisatie van en deelname aan vaccinatieprogramma's;
- Het zorgen voor een goede structuur rondom de preventie van chronische ziekten; en
- Het bevorderen van een goede organisatie van en deelname aan bevolkingsonderzoeken.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
1 Aantal opgespoorde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) ¹	23 500	2003	> 23 500	> 23 500 (2011)
2 Percentage deelname aan				
a. griepvaccinatieprogramma ² en	76,9%	2005	75%	75% (2011)
b. rijksvaccinatieprogramma (RVP)	95%	2005	95%	95% (2011)
3 Toename aantal diabetespatiënten (exclusief stijging op grond van vergrijzing en vervroegde opsporing)	44 800	2005	≤ 20%	≤ 20% (2011)
4 Percentage deelname aan bevolkingsonderzoeken en screenings:				
a. bevolkingsonderzoek borstkanker	80%	2006	= 80%	= 80% (2011)
b. bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	65,4%	2005	>65,6%	>65,6% (2011)
c. hielprik: PKU, CHT, AGS	99%	2003	99%	99%(2011)

Bronnen:

- 1 RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding
- 2a Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg: Monitoring griepvaccinatiecampagne 2005
- 2b RIVM Vaccinatie-toestand Nederland per 1 januari 2005)
- 3 RIVM/Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
- 4 RIVM/Centrum voor Bevolkingsonderzoek

Toelichting

1. Het aantal opgespoorde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's, indicator 1) zal voorlopig toenemen. De reden hiervoor is dat er meer testen worden uitgevoerd en daardoor dus meer gevallen gevonden worden. Er is (nog) geen exacte opgave te geven door onderrapportage over de omvang van het aantal geslachtsziekten. (Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa): SOA samengevat- Nationaal Kompas Volksgezondheid).
2. We handhaven het deelnamepercentage voor de griepvaccinatieprogramma op 75%. Door de uitbreiding van de doelgroep is onzeker of dit percentage gehaald wordt.
3. De toename van het aantal diabetespatiënten is 70 000 per jaar, daarvan wordt 36% veroorzaakt door vergrijzing. Na deze correctie is de toename 44 800 per jaar. De streefwaarde voor 2008 is 35 800 per jaar. De inspanning van de overheid is dus om de toename van het aantal diabetespatiënten in 2008 met 9000 te verminderen inclusief de stijging ten gevolge van vroegtijdige opsporing.

Instrumenten ten behoeve van een goede structuur voor infectieziektebestrijding

- Opdrachtverlening aan het RIVM/Centrum voor infectieziektebestrijding

Doel is de coördinatie van de uitvoering op het gebied van infectieziektebestrijding en -onderzoek (€ 27,5 miljoen).

- Financiering van (gezondheidsbevorderende) instellingen die op dit terrein werken

Doel is soa en hiv in Nederland via een mix van preventiemaatregelen aan te pakken (€ 9,6 miljoen).

- Financiering van soa-centra

Hiermee maken we opsporing en behandeling en van soa laagdrempelig door het waarborgen van anonimiteit (€ 14,9 miljoen).

- Voorlichting en implementatie International Health Regulations (IHR)
Ter uitvoering van de nieuwe IHR van de WHO dient per 2008 de Nederlandse wetgeving te zijn aangepast. Doel hiervan is om internationale verspreiding van infectieziekten te voorkomen en/of te beperken. Wij vinden het tevens onze verantwoordelijkheid om de lokale uitvoering goed te informeren over de gewijzigde wet (€ 1,8 miljoen).

- Gedwongen opname Tuberculose-patiënten
Financiering van het gedwongen opnemen van TB-patiënten die weigeren een behandeling te ondergaan maar die wel besmettelijk zijn voor de omgeving, voor zover deze kosten niet ten laste van de zorgverzekering komen (maximaal € 1 miljoen).

- Bevorderen seksuele gezondheid
Om de seksuele gezondheid te bevorderen verlenen we subsidie aan diverse instellingen (€ 6,9 miljoen) en voeren we een vijfjarig programma Seks onder je 25e uit bij ZonMw (€ 0,9 miljoen).

- Aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening
In 2008 start een nieuwe structuur en financieringssysteem voor aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening (€ 3,9 miljoen).

- Allochtonen en seksuele gezondheid
Doel is het verminderen van de problematiek bij allochtonen op het gebied van seksuele gezondheid door middel van seksuele vorming gericht op risicogroepen en preventieve interventies m.b.t. tienerzwangerschappen en seksueel geweld (€ 1,0 miljoen).

Instrumenten te behoeve van een goede organisatie van en deelname aan vaccinatieprogramma's:

- Nationaal Programma Grieppreventie
Doel is kwetsbare groepen te beschermen tegen (de gevolgen van) verschillende infectieziekten. Op advies van de Gezondheidsraad is de leeftijd om in aanmerking te komen voor de griepvaccinatie verlaagd van 65 naar 60 jaar (€ 49,4 miljoen).

- (P) Rijksvaccinatieprogramma (RVP) uitvoeren
Doel is kwetsbare groepen te beschermen tegen (de gevolgen van) verschillende infectieziekten, zoals Hib en meningokokken C (€ 99,2 miljoen).

- Uitvoeren van het onderzoeksprogramma Infectieziektebestrijding via ZonMw
Doel is de versterking van de infrastructuur voor de infectieziekte bestrijding en onderzoek mogelijk maken om te komen tot een meer wetenschappelijk onderbouwde aanpak van preventie en bestrijding van infectieziekten (€ 1,4 miljoen).

- Opdracht verlenen aan het Nederlands Vaccin Instituut
Hiermee willen we vaccins laten leveren voor de nationale vaccinatieprogramma's en de beschikbaarheid borgen van vaccins en antivirale middelen in het geval van calamiteiten (€ 36,9 miljoen).

Instrumenten te behoeve van een goede structuur rondom de preventie van chronische ziekten:

- 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 (€ 14,9 miljoen).
- 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/CVZ-professional) (€ 0,3 miljoen).
- Uitvoeren van het programma Diabeteszorg Beter (2005–2009)
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) (€ 4,1 miljoen).
- Interventiestrategieën chronische ziekten
Het aantal mensen met chronische ziekten zal in de komende jaren fors toenemen.
In 2008 worden daarom de volgende preventieve interventies (verder) ontwikkeld:
 - Bewegen op recept. Deze interventie moet medisch noodzakelijke beweging stimuleren (zie artikel 46, onder de eerste OD).
 - Grip op je dip. Deze interventie is bedoeld om mensen met depressieve klachten via ICT en/of in groepsverband op een laagdrempelige manier vroegtijdig te helpen om te voorkómen dat deze mensen in een depressie terecht komen (€ 3 miljoen).
 - Zelfmanagement chronische ziekten. Het gaat hier om een programatisch aanbod om chronische patiënten beter in staat te stellen hun eigen ziekte te managen (€ 3 miljoen).

In 2008 wordt bekeken of de drie hierboven genoemde interventiestrategieën met ingang van 2009 kunnen worden opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeraars. Alleen doeltreffende en kosteneffectieve interventies komen eventueel in aanmerking om in het verzekerde pakket onder te brengen.

Instrumenten ten behoeve van een goede organisatie en het bevorderen van deelname aan bevolkingsonderzoeken:

- 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 pré- en postnatale screening bij zwangeren en pasgeborenen (€ 95,6 miljoen).
- Verkennen van (kosten)effectiviteit voor grootschalig bevolkingsonderzoek darmkanker
Het doel is om te bezien of een bevolkingsonderzoek darmkanker moet worden ingevoerd (kamerstukken 22 894, nr. 85).

- Herijken van de Wet op het bevolkingsonderzoek
Hiermee willen we een goed kader beschikbaar hebben waaraan toekomstige onderwerpen voor bevolkingsonderzoeken kunnen worden getoetst. Adviezen zijn inmiddels gevraagd aan de Gezondheidsraad en de RVZ.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	9 493	9 493	9 493	9 493	9 493
Instellingen op het terrein van de preventie van chronische ziekten	1 496	1 496	1 496	1 496	1 496
Instellingen die de seksuele gezondheid bevorderen	7 129	7 129	7 129	7 129	7 129
WHO Kopenhagen: Contributie IARC	868	868	868	868	868
Projectsubsidies	10 118	7 858	6 893	8 106	8 395
Preventie en bestrijding van infectieziekten	6 506	6 343	6 378	7 128	7 417
Preventie Chronische ziekten	3 612	1 515	515	978	978
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	1 050	1 050	1 050	800	800
ZonMw-programmering	1 050	1 050	1 050	800	800
Bijdragen aan baten-lastendiensten	258 890	261 472	307 254	308 992	309 994
RIVM: Opdrachtverlening Centra	48 573	48 979	56 384	54 840	55 733
RIVM: Uitvoering subsidieregeling Publieke Gezondheid	163 824	167 117	171 715	179 781	179 890
RIVM: Uitvoering subsidieregeling VWS-subsidies	9 645	9 735	9 735	9 735	9 735
Nederlands Vaccin Instituut (NVI)	36 848	35 641	69 420	64 636	64 636
Totaal	279 551	279 873	324 690	327 391	328 682

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

We willen 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. Wij vullen deze verantwoordelijkheid in door:

- Het bevorderen van effectieve landelijke, regionale en lokale voorzieningen van OGZ;
- Het bevorderen van goede preventie en zorg voor specifieke bevolkingsgroepen;
- Het verbeteren van de paraatheid van zorgvoorzieningen voor grootschalig optreden bij crises en rampen.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
1. Percentage gemeenten met een nota gezondheidsbeleid niet ouder dan 4 jaar	98%	2005	99%	100% (2011)
2. Percentage GGD'en dat HKZ gecertificeerd is	0%	2006	25%	60% (2011)
3. Percentage GHOR-bureaus dat HKZ gecertificeerd is	54%	2006	100%	100% (2011)
4. Congruentie GGD'en/GHOR met veiligheidsregio's	68%	Medio 2007	75%	100% (2011)

Bronnen:

- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- 2 Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
- 3 Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
- 4 SGBO

Toelichting 4. de territoriale congruentie van de GGD met die van de veiligheidsregio houdt in dat in een veiligheidsregio er minimaal en maximaal een GGD is. Het aantal GGD's is dan dus maximaal 25.

Instrumenten ten behoeve van effectieve landelijke, regionale en lokale voorzieningen van OGZ

- Programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid uitvoeren via ZonMw

Het doel is de samenhang en samenwerking tussen wetenschap, onderwijs en praktijk te versterken. Daarvoor zijn op verschillende plaatsen in Nederland academische werkplaatsen ingericht (€ 2,6 miljoen).

- Gemeenten staan voor de collectieve preventie op lokaal niveau. Elke vier jaar brengen gemeenten een nota lokaal gezondheidsbeleid uit. GGD'en voeren de wettelijke preventietaken van gemeenten grotendeels uit.

- Kwaliteit GGD'en

Doel is kwaliteitsborging binnen de GGD'en transparant te laten zijn. Door de HKZ certificering maken de GGD'en naar buiten toe zichtbaar dat het interne kwaliteitssysteem op orde is, en dat ze systematisch werken aan kwaliteitsverbetering en borging.

Instrumenten ter bevordering van goede preventie en zorg voor specifieke bevolkingsgroepen

- Uitvoeren van het Convenant Beleidskader Grotestedenbeleid
Hiermee willen we via activiteiten in de grote steden de sociaal-economische gezondheidsverschillen verminderen. (kamerstukken 21 062, nr. 116) (€ 5 miljoen). Zie ook artikel Maatschappelijke ondersteuning onder operationele doelstelling 44.3.1.

- Actieplan Krachtwijken

Het verminderen van gezondheidsproblemen in de aandachtswijken is opgenomen in het actieplan Krachtwijken. Daarbij gaan we via overleg gemeenten stimuleren om samen met de eerstelijnszorg en de GGD'en een programmatische aanpak voor de concrete gezondheidsproblemen in de wijk te ontwikkelen.

- Financiering van tolk- en vertaalcentrum voor gezondheidszorg

Hiermee willen we tolken en vertalers beschikbaar kunnen stellen wanneer dat nodig is (€ 10,2 miljoen).

- Financiering Pharos

Hiermee willen we de kwaliteit van zorg voor vluchtelingen borgen (€ 2,9 miljoen).

Instrumenten ten behoeve van een verbeterde paraatheid van zorgvoorzieningen voor grootschalig optreden bij crises en rampen

- De Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)

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 crisis te bewerkstelligen. De GHOR slaat de brug tussen de veiligheidsorganisaties en de zorgketen. In de uitvoering is de GHOR onderdeel van de openbare gezondheidszorg.

- Kwaliteit GHOR bureaus

Doel is kwaliteitsborging binnen de GHOR bureaus transparant te laten zijn. Door de HKZ certificering maken de GHOR bureaus naar buiten toe zichtbaar dat het interne kwaliteitssysteem op orde is, en dat ze systematisch werken aan kwaliteitsverbetering en borging.

- Opleiden, trainen en oefenen van de gezondheidszorgsector

De zorgsector wil zich goed voorbereiden op rampen en ongevallen. Bij de samenwerking in dit kader wordt aangesloten bij ontwikkelingen in de acute zorgketens. De traumacentra spelen hierbij, ondersteund door de GHOR-bureau's, een belangrijke rol in de coördinatie. Ten behoeve van het opleiden, trainen en oefenen in de zorg wordt vanaf 2008 vanuit de zorgfinanciering geoormerkt geld beschikbaar gesteld (€ 10 miljoen).

- Slagvaardige crisisbeheersingsorganisatie

Bij VWS is een slagvaardige crisisbeheersingsorganisatie noodzakelijk, met goede (werk)relaties naar andere departementen en de GHOR-bureau's in de regio, maar ook naar internationale crisisbeheersingsorganisaties, bijvoorbeeld bij de WHO en EU. Van belang is deze organisatie up to date te houden (€ 0,7 miljoen).

- Opdrachtverlening aan het RIVM/Centrum voor Gezondheid en Milieu

Hiermee willen we de vereiste kennis voor de volksgezondheid bij medische milieukundige aangelegenheden en gezondheidszorgonderzoek en -adviesing bij crises en rampen borgen en ontsluiten (€ 2,4 miljoen).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies (totaal)	3 264	3 264	3 264	3 264	3 264
<i>Onder andere:</i>					
Stichting Pharos	2 819	2 819	2 819	2 819	2 819
GGD Nederland	366	366	366	366	366
Projectsubsidies (totaal)	8 414	6 242	4 977	5 065	5 065
<i>Onder andere:</i>					
Algemeen en strategisch gezondheidsbeleid	4 453	2 367	1 332	755	755
Preventie en zorg voor Specifieke doelgroepen	510	424	194	859	859
Voorbereid zijn op crisis en rampen	3 451	3 451	3 451	3 451	3 451
Opdrachten (totaal)	10 200	10 200	10 200	10 200	10 200
Financiering tolk- en vertaalcentrum gezondheidszorg	10 200	10 200	10 200	10 200	10 200
Bijdragen aan agentschappen (totaal)	12 825	12 787	12 776	12 776	12 776
RIVM: Opdrachtverlening programma's volksgezondheid	12 825	12 787	12 776	12 776	12 776
Bijdragen aan zbo's (totaal)	97 416	94 563	87 985	87 760	87 411
ZonMw: Programmering	97 416	94 563	87 985	87 760	87 411
Totaal	132 119	127 055	119 202	119 065	118 716

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

41.3.6 Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek

Motivering

Motivering

Met deze operationele doelstelling willen we patiënten/cliënten en proefpersonen beschermen bij de voortschrijding van ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De beleidsbrief Ethiek bevat de beleidsuitgangspunten en activiteiten van ethiek in de komende periode.

Instrumenten

- Parlementaire behandeling van verschillende standpunten naar aanleiding van evaluaties.

Het gaat hier om evaluaties van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek, de Wet afbreking zwangerschap en de Embryowet.

- Uitvoeren van het standpunt op de evaluatie van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (euthanasiepraktijk) (€ 0,4 miljoen)

Hiermee willen we noodzakelijk onderzoek, uitbreiding Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland, en intensieve voorlichting financieren.

- Verbeteren van abortushulpverlening.

Doel is de verbetering van hulpverlening aan ongewenst zwangere vrouwen, o.a. door het verbeteren van de opleiding van hulpverleners, het ondersteunen van de richtlijnontwikkeling abortusartsen en een onderzoeksprogramma bij ZonMw (€ 0,7 miljoen.)

- **Uitvoering wetsevaluaties ethische wetgeving (€ 0,4 miljoen)**
Doel is het periodiek (verplicht) evalueren van de ethische wetten en onderzoek naar het hanteren van begrippen die in diverse wetten op medisch-ethisch gebied voorkomen.
- **Bijdrage aan de baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) (€ 1,2 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 (kunstmatige inseminatie met donorzaad), 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.
- **Rijksbijdrage aan het CVZ**
Hierbij leveren we een bijdrage aan de financiering van abortusklinieken (€ 10,8 miljoen).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Projectsubsidies	2 432	2 250	2 108	1 843	843
Beleid Medische Ethiek	2 432	2 250	2 108	1 843	843
Bijdragen aan agentschappen	1 214	1 214	1 214	1 214	1 214
CIBG: Uitvoeringstaken Medische Ethiek	1 214	1 214	1 214	1 214	1 214
Bijdragen aan zbo's	10 882	10 882	10 882	10 882	10 882
CVZ: Rijksbijdrage financiering abortusklinieken	10 882	10 882	10 882	10 882	10 882
Totaal	14 528	14 346	14 204	13 939	12 939

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

41.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	IBO preventie	AD	A 2006 B 2007
Effectonderzoek ex post	Effectmetingen van interventies m.b.t. overgewicht	41.3.1	A 2006 B 2010
	Evaluatieonderzoek naar de effecten van de versterking geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (in samenwerking met ministerie van BZK)	41.3.5	A 2007 B 2008
Overig evaluatieonderzoek	Peilstationsonderzoek alcohol, drugs en roken	41.3.1	A 2007 B 2008
	Peiling uitgaansdrugs	41.3.1	A 2007 B 2008
	Evaluatie MDFT in verband met cannabisverslaving	41.3.1	A 2006 B 2010
	Evaluatie naar effect van campagnes voor gebruik van foliumzuur	41.3.2	A 2006 B 2008

Artikel 42 Gezondheidszorg

42.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2008

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2008

In dit artikel wordt ons beleid voor de curatieve zorg toegelicht. In lijn met het coalitieakkoord en de kabinetsbrede beleidsvisie (proloogbrief) zijn de speerpunten waar wij op inzetten: versnelling en verbetering van transparantie over de prestaties van zorgaanbieders in het algemeen en over de kwaliteit, patiëntveiligheid en het terugdringen van vermijdbare fouten en complicaties in het bijzonder. We willen bevorderen dat patiënten en cliënten invloed hebben op het inkoopbeleid van verzekeraars en de rechten van patiënten en cliënten versterken. Daarnaast hebben het verminderen van administratieve lasten en het bevorderen van innovaties en ICT die de werkdruk van de werkers in de zorg kunnen verminderen hoge prioriteit.

Ook bij bovenstaande agenda zal kostenbeheersing voortdurend aandacht blijven vragen. Wil de zorg voor de burgers van Nederland betaalbaar blijven dan is het cruciaal dat de premieontwikkeling beheerst blijft. Efficiencyverbetering, meer doelmatigheid, het kritisch doorlichten van aanspraken en een grotere verantwoordelijkheid van burgers zijn belangrijke thema's.

We hebben deze prioriteiten ingericht naar de volgende onderwerpen: patiënt, kwaliteit, innovatie en versterking van het stelsel.

Patiënt:

- Transparante informatieverstrekking over en door zorgverzekeraars (OD 42.3.1);
- Versterken van de positie van de consument (OD 42.3.1).

Kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van het zorgaanbod:

- Actieprogramma veilige zorg (OD 42.3.2);
- Kwaliteits- en kennisprogramma spoedzorg (OD 42.3.2);
- Arbeidsmarktbeleid (OD 42.3.2).

Innovatie:

- ICT in de zorg (OD 42.3.2);
- Innovatie in de eerstelijnszorg (OD 42.3.2);
- Innovatie in de revalidatiesector en GGZ (OD 42.3.2);
- Stimuleringsprogramma innovatie (OD 42.3.2 – enveloppe pijler 2 innovatie; de middelen hiervoor staan gereserveerd op de aanvullende post van de begroting van het ministerie van Financiën).

Algemeen/stelsel:

- Aanpak onverzekerden/wanbetalers (OD 42.3.3);
- Overheveling curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw (OD 42.3.3);
- Pakketuitbreidingen (OD 42.3.3);
- Prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg (OD 42.3.3).

In deze kabinetsperiode is tevens een aantal ombuigingsmaatregelen noodzakelijk gebleken. Deze worden toegelicht in OD 42.3.3, onder

Instrumenten voor de bekostiging/het bekostigingssysteem (uurtarief medisch specialisten, taakstelling en maatstafconcurrentie ziekenhuizen, farmaceutische zorg).

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor:

- Het versterken van de positie van de burger, zodat hij in staat is zijn rol als zorgconsument waar te maken;
- Het waarborgen van de randvoorwaarden voor de kwaliteit, toegankelijkheid, veiligheid en het innoverend vermogen van de gezondheidszorg;
- Een goed werkend stelsel, waarin zorgverzekeraars in staat worden gesteld een betaalbaar verzekerd pakket aan te bieden.

Externe factoren

Externe factoren

Burgers hebben recht op veilige, eigentijdse zorg van goede kwaliteit naar eigen keuze. Verbetering van kwaliteit vergt een goed samenspel van veel actoren: zorgprofessionals, patiënten en cliënten, zorginstellingen en zorgverzekeraars. Zij kunnen, ieder vanuit hun eigen achtergrond en kennis, aangeven hoe de zorg beter kan. Ten slotte kunnen toezichthouders bevorderen dat kwaliteitsgrenzen worden bewaakt en dat de verschillende partijen evenwichtige posities innemen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zorgen hiervoor.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Bij de algemene doelstelling van dit artikel is geen prestatie-indicator opgenomen. Het is namelijk niet mogelijk om de goede werking van het gehele stelsel van curatieve zorg in Nederland in een of enkele indicatoren samen te vatten. Het stelsel is daarvoor te omvangrijk. Voor inzicht in de werking van het gezondheidszorgstelsel evalueren wij onder andere de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet op de Zorgtoeslag. Daarnaast monitoren wij de prestaties van het stelsel met de Zorgbalans (zie hiervoor ook www.zorgbalans.nl), het document dat eens per twee jaar verschijnt en waarin de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg worden weergegeven. In 2008 wordt de tweede Zorgbalans opgeleverd, waarmee inzicht wordt verkregen in de ontwikkeling van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel. Ten opzichte van de eerste Zorgbalans zal deze versie meer trendgegevens en internationale vergelijkingen bevatten en is er veel aandacht voor het verbeteren van de zeggingskracht voor het beleid.

42.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verplichtingen	5 288 134	5 737 240	6 903 315	7 136 177	7 335 497	7 748 463	8 189 609
Uitgaven	4 661 745	5 623 094	6 914 053	7 137 669	7 334 256	7 746 230	8 189 609
Programma-uitgaven	4 653 857	5 614 652	6 905 922	7 129 913	7 326 705	7 739 081	8 182 460
Versterken positie burger in het zorgstelsel	0	0	3 332	3 182	3 112	3 120	930
Realisatie gewenste zorgaanbod	241 581	968 289	1 157 929	1 168 905	1 162 571	1 152 340	1 145 159
Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg	4 412 276	4 646 363	5 744 661	5 957 826	6 161 022	6 583 621	7 036 371
Apparaatsuitgaven	7 888	8 442	8 131	7 756	7 551	7 149	7 149
Ontvangsten	70 051	24 507	46 303	33 466	37 121	21 627	6 806

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012
<i>1. Versterken positie van de burger in het zorgstelsel</i>	<i>3 332</i>	<i>3 182</i>	<i>3 112</i>	<i>3 120</i>	<i>930</i>
– Juridisch verplicht	102	0	0	0	0
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet juridisch verplicht of niet bestuurlijk gebonden	3 230	3 182	3 112	3 120	930
<i>2. Realisatie gewenste zorgaanbod</i>	<i>1 157 929</i>	<i>1 168 905</i>	<i>1 162 571</i>	<i>1 152 340</i>	<i>1 145 159</i>
– Juridisch verplicht	1 073 978	1 056 880	1 064 440	1 048 082	1 028 508
– Bestuurlijk gebonden	73 144	98 019	78 144	83 507	88 497
– Niet juridisch verplicht of niet bestuurlijk gebonden	10 807	14 006	19 987	20 751	28 154
<i>3. Betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg</i>	<i>5 744 661</i>	<i>5 957 826</i>	<i>6 161 022</i>	<i>6 583 621</i>	<i>7 036 371</i>
– Juridisch verplicht	5 736 655	5 947 932	6 151 883	6 574 715	7 027 965
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet juridisch verplicht of niet bestuurlijk gebonden	8 006	9 894	9 139	8 906	8 406

Het niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden bedrag van operationele doelstelling 1 is gereserveerd voor uitgaven ten behoeve van Transparantie Curatieve Zorg en Perinatale audit.

- transparantie in de curatieve zorg: in 2012 willen we dat voor alle voorzieningen in de brede eerstelijns zorg, de tweedelijns ggz en de ziekenhuiszorg prestatie-indicatoren beschikbaar zijn, dat er een CQ-index bestaat en dat er etalage-informatie is die geschikt is voor plaatsing op onder meer KiesBeter.nl.
- Perinatale audit: voor 2008 is een reservering opgenomen voor de uitvoering van de perinatale audit en het opstellen van richtlijnen, scholingsmateriaal en voorlichtingsmateriaal om de perinatale audit te implementeren.

Het niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden bedrag van operationele doelstelling 2 is gereserveerd voor onder meer de volgende programma's:

- Kwaliteit Patiëntveiligheid: in 2008 is een reservering opgenomen voor de uitwerking van het Actieplan Veilige Zorg, waaronder invoering van

veiligheidsmanagementsystemen, campagnes patiëntveiligheid samen met de IGZ, mediactieveiligheid, onderwijs en onderzoek, o.a. bij ZonMW.

- Prenatale Screening: er is een bedrag gereserveerd voor het RIVM voor de landelijke coördinatie ten behoeve van de ondersteuning van de beroepsgroepen en de regionale WBO-vergunninghouders, voor voorlichting aan het publiek. Voorts zal het instrument van registratie, monitoring en evaluatie verder worden vormgegeven.
- Wet BOPZ (voorlichting): er is geld gereserveerd voor het inrichten van een Bopz-website en het oprichten van een centraal informatiepunt Wet Bopz.
- Kwaliteit, Innovatie Patiënt ggz: in 2008 wordt een plan van aanpak voor een versnellingsprogramma kwaliteit, veiligheid en innovatie opgestart voor de (curatieve) ggz. Doel is zichtbaar maken van best practices, delen van kennis en ervaringen, vergroten van transparantie en bevorderen van structurele verbeteringen op de thema's patiëntveiligheid, logistiek en klantgerichtheid.
- Medicatieveiligheid: naar aanleiding van het HARM-rapport is een bedrag gereserveerd om daarin aangegeven knelpunten tegen te gaan. Een deel daarvan zal op 1 januari nog niet zijn verplicht (€ 0,3 miljoen).
- Verantwoord medicijngebruik: voor projecten en activiteiten die een bijdrage leveren aan het verbeteren van de veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid van medicijngebruik is een bedrag gereserveerd. Een deel daarvan zal op 1 januari nog niet zijn verplicht (€ 0,4 miljoen).

Het niet-verplicht of bestuurlijk gebonden bedrag van operationele doelstelling 3 is gereserveerd voor o.a. de volgende programma's:

- Zachte landing DBC-ggz: Op 1 januari 2008 start de DBC declaratie in de GGZ en wordt de geneeskundige ggz overgeheveld naar de Zvw. Er is budget gereserveerd voor monitoring en helpteams om instellingen en vrijevestigden te helpen – indien nodig – bij het op gang krijgen van de declaratiestroom. Tevens krijgt de projectorganisatie opdracht zorg te dragen voor overdracht van expertise en kennis en het bijspingen in voorlichting en het opzetten van een helpdesk.
- Invoeren prestatiebekostiging ziekenhuiszorg: In 2008–2012 zullen activiteiten zoals beschreven in het coalitieakkoord worden uitgevoerd en gerealiseerd: invoering van prestatiebekostiging met integrale tarieven en uitbreiding van de vrije prijsvorming naar 20% in 2008 in de planbare ziekenhuiszorg. Tevens zullen activiteiten worden gerealiseerd ten behoeve van invoering prestatiebekostiging met integrale tarieven, op het gebied van communicatie, monitoring/onderzoek, kwaliteit en DBC's.

Premie-uitgaven:

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Extramurale zorg	3 397,5	3 541,2	3 729,8	3 783,3	3 819,2	3 857,0	3 857,0
Huisartsen	1 938,2	1 959,9	1 987,0	2 008,9	2 010,8	2 011,4	2 011,4
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	632,2	658,4	758,6	758,6	758,6	758,6	758,6
Paramedische hulp	434,6	476,5	477,1	477,1	477,1	477,1	477,1
Verloskunde en kraamzorg	361,8	411,4	446,3	446,3	446,5	446,5	446,5
Dieetadvisering	30,7	30,7	30,7	30,7	30,7	30,7	30,7
Extramurale zorg onverdeeld		4,3	30,1	61,7	95,5	132,7	132,7
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief	15 569,8	15 727,1	15 874,7	16 422,9	16 982,3	17 424,0	17 421,1
Algemene en categorale ziekenhuizen	10 068,9	10 134,0	10 068,4	10 139,7	10 238,3	10 238,3	10 238,3
Academische ziekenhuizen	3 207,5	3 148,7	3 117,4	3 120,3	3 120,6	3 120,9	3 120,9
Medisch specialisten	1 848,5	1 980,2	1 807,5	1 806,2	1 806,5	1 806,6	1 806,6
Overig curatieve zorg	444,9	464,2	465,1	465,1	465,4	465,4	465,4
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief onverdeeld			416,3	891,6	1 351,5	1 792,8	1 789,9
Ziekenvervoer	451,2	491,7	492,1	497,2	502,4	508,0	508,0
Ambulancevervoer	348,8	366,9	362,8	362,9	362,9	362,9	362,9
Overig ziekenvervoer	102,4	124,8	125,1	125,1	125,1	125,1	125,1
Ziekenvervoer onverdeeld			4,2	9,2	14,4	20,0	20,0
Genees- en hulpmiddelen	5 792,2	6 362,9	6 409,6	6 774,0	7 174,7	7 625,8	7 625,7
Farmaceutische hulp	4 653,2	5 062,9	5 078,1	5 407,7	5 771,2	6 183,8	6 183,7
Hulpmiddelen	1 139,0	1 300,0	1 331,5	1 366,3	1 403,5	1 442,0	1 442,0
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg			3 009,1	3 104,9	3 207,9	3 318,7	3 318,7
Geneeskundige GGZ door instellingen			2 750,1	2 750,1	2 750,1	2 750,1	2 750,1
Geneeskundige GGZ door vrijgevestigden			153,3	153,3	153,3	153,3	153,3
Persoonsgebonden budgetten GGZ-Zvw			38,7	38,7	38,7	38,7	38,7
Geneeskundige GGZ onverdeeld			67,0	162,8	265,8	376,6	376,6
Grensoverschrijdende zorg	446,0	501,2	517,7	535,6	554,5	575,3	575,3
Subsidies gezondheidszorg	66,8	28,8	19,0				
Totaal	25 723,5	26 652,9	30 052,0	31 117,9	32 241,0	33 308,8	33 305,8
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		3,6%	12,8%	3,5%	3,6%	3,3%	0,0%

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van gezondheidszorg. Hierin zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de eerste suppletore wet 2007 en de miljoenennota 2008 verwerkt. Voor 2007 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2008 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd. Het saldo van beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegedeeld, is per groep van sectoren opgenomen als onverdeeld.

In dit hoofdstuk is de Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) nieuw, deze is overgeheveld van artikel 43 Langdurige zorg in verband met het onderbrengen van de curatieve ggz onder de Zvw. De jeugd-ggz valt onder de inhoudelijke verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd & Gezin.

42.3 Operationele doelstellingen

Er zijn drie operationele doelstellingen op het gebied van gezondheidszorg:

1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt;
2. Zorgaanbieders realiseren het door de burger gewenste zorgaanbod;
3. Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket van noodzakelijke zorg aan.

42.3.1 De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt

Motivering

Motivering

We willen de burger 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. Wij realiseren dit door in te zetten op:

- Transparante informatievoorziening voor burgers;
- Verbeteren van de rechtspositie van burgers in het zorgstelsel.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicator:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde 2011
1. Voor 80 aandoeningen kunnen burgers op kiesbeter.nl zien welke kwaliteit ziekenhuizen bieden	–	–	–	80 aandoeningen

Bron: IGZ

Toelichting

- In verschillende andere sectoren (bijvoorbeeld huisartsen, ggz) worden nog afspraken gemaakt via stuurgroepen over het tempo waarmee en de periode waarover kwaliteit en transparantie in de betreffende sector wordt gemeten.
- Doelstelling nr. 45d uit Samen werken, samen leven «De rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk» is uitgewerkt onder het kopje Instrumenten voor het verbeteren van de rechtspositie van burgers in het zorgstelsel.

Instrumenten voor een transparante informatievoorziening

- Ontwikkeling indicatoren curatieve zorg (€ 1,8 miljoen)

We willen de transparantie in de eerstelijns- en tweedelijns zorg in samenwerking met het veld vergroten. Hiervoor is het noodzakelijk dat:

- per voorziening prestatie-indicatoren worden ontwikkeld om de professionele kwaliteit meetbaar te maken;
- er een consumer quality (CQ) index komt om de mening van patiënten en consumenten in kaart te brengen; en
- er een set etalage-informatie wordt ontwikkeld. In 2008 worden ook voor ketenzorg diabetes prestatie-indicatoren ontwikkeld.

- Transparantie ggz

In de curatieve ggz wordt de transparantie vergroot door de bestaande registraties te verbeteren en de prestatie-indicatoren te ontwikkelen.

Onderdeel hiervan vormen de psychiatrische casusregisters waar gegevens worden samengebracht voor de totale ggz-keten (€ 0,4 miljoen).

- Informatievoorziening Wet Bopz

Op 25 mei 2007 verscheen de derde evaluatie van de «Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen» (wet Bopz). In het najaar van 2007 verschijnt de kabinetsvisie op deze evaluatie. Uit de evaluatie blijkt, evenals uit de eerste en tweede evaluatie, een onverminderde behoefte aan voorlichting over de wet en diens toepassing. Hiervoor wordt in 2008 € 0,4 miljoen uitgetrokken. Dit bedrag wordt ingezet voor het inrichten van een website, voor oprichten van een centraal informatiepunt en voor voorbereiding van nieuwe wetgeving (congres, folders etc.).

- Betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie

Zorgaanbieders bieden betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de zorgverlening en geven daarbij ook inzicht in de ervaringen van de consument zelf. Concrete producten hierbij zijn case-mix-correcties, databases, vergelijkend onderzoek en het ontwikkelen van CQ-index-vragenlijsten. Hiervoor is € 2,4 miljoen beschikbaar. Dit betreft zorgbreed beleid. De middelen zijn geraamd bij artikel 43, onder OD 1.

- Ontwikkeling keuze informatie zorgaanbod voor de consument

Een sterke consument vindt zijn weg in de keuzes ten aanzien van het zorgaanbod, heeft invloed op de levering van zorg door zorgaanbieders en op het inkopen van zorg door verzekeraars. Er worden bruikbare producten ontwikkeld die de consument in de praktijk in staat stellen om beter te kiezen en meer invloed uit te oefenen op de zorgverlening. Voorbeelden van deze producten zijn CQ-index-vragenlijsten en kwaliteitsinformatie op het gebied van prestatie-indicatoren en presentatie hiervan op www.kiesbeter.nl. Hiervoor is 4,2 miljoen beschikbaar. Dit betreft zorgbreed beleid. De middelen zijn geraamd bij artikel 43, onder OD 1.

- Perinatale Audit

We streven naar meer inzicht in het cijfer van de perinatale sterfte – babysterfte die plaatsvindt vanaf de 24^{ste} week van de zwangerschap tot en met in de eerste week na de geboorte – door eenduidige registratie, actuele gegevens en onderzoek naar mogelijke doodsoorzaken (€ 1,1 miljoen).

Instrumenten ter verbetering van de rechtspositie van de burger

- Regelgeving vanuit het perspectief cliënten en patiënten

Deze kabinetsperiode worden de rechten en plichten van patiënten en cliënten wettelijk vastgelegd. Daarnaast wordt overige relevante regelgeving voor zorgaanbieders deze kabinetsperiode herijkt en ingericht vanuit het perspectief van de consument, waarmee de bij de nieuwe situatie horende rechten en plichten van consumenten en zorgaanbieders eveneens wettelijk worden verankerd en het toezicht modern en sober wordt ingericht.

- Versterken rechtspositie zorgconsument door toepassing geschilbeslechting

Geschilbeslechting biedt de consument een toegankelijk alternatief voor juridische procedures. Daardoor wordt het voor de burger makkelijker om in voorkomende gevallen zijn of haar gelijk te halen. In de gezondheidszorg wordt geschilbeslechting tot op heden enkel toegepast in de ziekenhuiszorg. Het streven is in overleg met zorgaanbieders en consumentenorganisaties te komen tot verbreding van geschilbeslechting naar andere zorgsectoren.

- **Patiëntenorganisaties versterken**

Organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen (PGO) vervullen belangrijke taken op het vlak van lotgenotencontact, belangenbehartiging en informatievoorziening. We willen de positie van deze organisaties versterken zodat zij in de nieuwe stelsels van zorg en maatschappelijke ondersteuning volwaardige gesprekspartners kunnen zijn van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere maatschappelijke organisaties. Wij stellen daarvoor bovenop de reguliere middelen (€ 28 miljoen) structureel € 10 miljoen extra beschikbaar. Tevens beogen wij met een nieuwe subsidiesystematiek beter aan te sluiten bij de diversiteit van het pgo-veld en meer samenwerking te stimuleren. Belangrijk onderdeel van deze nieuwe systematiek worden meerjarige programma's die samenwerking stimuleren en organisaties ondersteunen bij hun ontwikkeling. Wij willen vier programma's instellen: kwaliteit en transparantie, versterking en ondersteuning, maatschappelijke participatie en kennis, en informatie over het zorgaanbod en over de rechten en plichten van de zorgconsument. Dit betreft zorgbreed beleid. De middelen zijn geraamd bij artikel 43, onder OD 1.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Projectsubsidies	2 332	2 182	2 112	2 120	930
Perinatale registratie	60				
NIVEL LIPZ	42				
Transparantie curatieve zorg	1 098	1 200	1 200	1 200	
Perinatale Audit St. PRN	1 132	982	912	920	930
Opdrachten	1 000	1 000	1 000	1 000	
Transparantie curatieve zorg	1 000	1 000	1 000	1 000	
Totaal	3 332	3 182	3 112	3 120	930

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

42.3.2 Zorgaanbieders realiseren het door de burger gewenste zorgaanbod

Motivering

Motivering

Om te zorgen dat de burger de zorg krijgt waar hij conform het verzekerde pakket recht op heeft, bevat het zorgstelsel prikkels die zorgaanbieders moeten aanzetten tot het leveren van een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Een kwalitatief hoogwaardige zorg is veilig en toegankelijk. Om het zorgaanbod, ook op de langere termijn, aan te laten sluiten op de behoefte van de burger en op de demografische en technologische ontwikkelingen, vinden wij het beschikbaar krijgen van nieuwe en het verbeteren van bestaande medische producten en processen via innovatie noodzakelijk. Daarnaast kan innovatie van zorg leiden tot een verbetering van de arbeidsproductiviteit, waardoor werkers in de zorg meer tijd kunnen besteden aan de patiënt.

Hiervoor zetten wij in op:

- De kwaliteit van het zorgaanbod;
- De veiligheid van het zorgaanbod;
- De toegankelijkheid van het zorgaanbod;
- De innovatie van de zorg.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde 2011
1. Percentage ziekenhuizen dat werkt met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS)	–	–	100%	100%
2. Vermijdbare schade in ziekenhuizen	–	–	–	50% daling
3. Percentage ambulances dat binnen 15 minuten ter plaatse is bij spoed/levensbedreigende situaties	91%	2006	95%	95%
4. Gemiddelde responstijd van ambulances bij spoedeisende en/of levensbedreigende situaties	10 min.	2006	≤15 minuten	≤15 minuten
5. Percentage bevolking dat binnen 45 minuten een SEH afdeling kan bereiken <i>Bron: RIVM</i>	98,8%	2005	98,8%	98,8%
6. Percentage burgers dat binnen drie weken een afspraak heeft bij een ziekenhuis	63%	eind 2006	80%	80%
7. Aantal donoren (exclusief levende nierdonoren)	200	2006	250	>250
8. Percentage huisartsenposten aangesloten op het Landelijk Schakelpunt (LSP)	1 huisartsenpost	1 juni 2007	100%	100% (2009)
9. Percentage huisartsenpraktijken aangesloten op het LSP	5 huisartsenpraktijken	1 juni 2007	Circa 50%	100% (2009)
10. Percentage ziekenhuizen aangesloten op het LSP	0	1 juni 2007	Circa 50%	100% (2009)
11. Percentage apothekers aangesloten op het LSP	0	1 juni 2007	50% to 75%	100% (2009)

Bronnen:

1. en 2. IGZ
3. en 4. Ambulancezorg Nederland (AZN)
5. RIVM
6. DBC Informatie Systeem (DIS)
7. Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS)
- 8 t/m 11. Voortgangsrapportage ICT inzake de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) (Kamerstukken 27 529, nr. 29)

Toelichting:

3. Als landelijke norm geldt dat 95% van de ambulances binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn.
4. De Nederlandse capaciteitsberekening voor ambulancezorg gaat ervan uit dat een ambulance gemiddeld genomen binnen 15 minuten na een melding ter plaatse is. Dit resulteert in een planningsnorm die er naar streeft dat 95% van alle spoedritten binnen 15 minuten aanwezig is.
6. Bij deze indicator wordt uitgegaan van de wachttijd voor poliklinieken. De Treeknorm hiervoor is dat 80% binnen drie weken in het ziekenhuis wordt geholpen (polikliniek)

Instrumenten ter verbetering van de kwaliteit van het aanbod

- **Kwaliteits- en kennisprogramma spoedzorg**
Het kwaliteits- en kennisprogramma spoedzorg heeft als doel het verbeteren van de kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid van de (regionale) acute ketenzorg. Hierbij staan de drie functies van acute ketenzorg, toegang, behandeling en vervoer, centraal. (€ 1 miljoen).

- (P) MICU transport

We geven een impuls aan de kwaliteit van het interklinisch transport van Intensive Care-patiënten met de financiering van MICU-transporten (Mobile Intensive Care Unit) (€ 3 miljoen).

- Palliatieve zorg

Op basis van het coalitieakkoord wordt in 2008 het plan van aanpak palliatieve zorg uitgewerkt. Dit plan is in samenwerking met betrokken veldpartijen opgesteld en wordt het najaar van 2007 naar de Tweede Kamer gestuurd. Vanuit de invalshoeken inhoud, kwaliteit en organisatie van de zorg worden verbeteringen in gang gezet, daarbij ondersteund door onderzoek en ontwikkeling.

Instrumenten ten behoeve van een veilig aanbod

- Programma veilige zorg

Wij investeren de komende periode meer in patiëntveiligheid. Op 6 juli 2007 is het programma veilige zorg, deel I, aangeboden aan de Tweede Kamer (bijlage 1 bij kamerstukken 28 439, nr. 98). We spannen ons in om het onderwerp hoog op de agenda te zetten van professionals en bestuurders in de zorg, van verzekeraars en van patiënten. Samen met veldpartijen werken we het Actieprogramma Veilige Zorg uit. Het programma bestaat uit een aantal pijlers voor de ziekenhuissector, en uit de invoering van veiligheidsmanagementsystemen (VMS), gerichte campagnes op inhoudelijke thema's, medicatieveiligheid, onderwijs en onderzoek (€ 4 miljoen). De overige sectoren komen later aan bod. Voor wat betreft de ziekenhuissector is het doel dat alle ziekenhuisinstellingen in 2008 een VMS hebben ingevoerd. Het is onze ambitie in de ziekenhuiszorg de vermijdbare schade in de periode 2008–2011 te halveren.

- Medicatieveiligheid

Zoals hierboven vermeld, is in juli 2007 het programma veilige zorg aan u aangeboden. In dit programma is een plan van aanpak neergelegd om medicatieveiligheid te verbeteren, in reactie op de motie Voordewind. Een van de voorgestelde maatregelen betreft het standaard invoeren van een opname- en ontslaggesprek met de patiënt over gebruikte en te gebruiken geneesmiddelen in de ziekenhuizen, het stimuleren van een periodieke beoordeling van de medicatie (medication review) van de oudere patiënt en het onderzoeken op welke wijze een model voor (medicatie)fouten in de eerstelijnszorg kan worden ontwikkeld en uitgerold. Met betrekking tot een vijftal specifieke risicovolle geneesmiddelengroepen zal een expertgroep ons in het najaar nader adviseren over concrete verbetermogelijkheden op de korte termijn.

- Reclamebeleid geneesmiddelen

Medio 2008 wordt de evaluatie van het Reclamebesluit Geneesmiddelen verwacht. De uitkomst van de evaluatie kan leiden tot wijzigingen in het beleid en/of de wet- en regelgeving.

Instrumenten voor een toegankelijk aanbod

- Arbeidsmarktbeleid Zorg en Welzijn

Om ervoor te zorgen dat er nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is voor de zorgsector is het noodzakelijk dat er maatregelen worden genomen op verschillende terreinen. Voor het

bereiken van een positieve kentering worden in de jaren 2008 tot en met 2011 extra middelen beschikbaar gesteld (€ 14,9 miljoen in 2008 oplopend tot € 19,7 miljoen in 2011).

In overleg met het zorgveld wordt toegewerkt naar een actieplan met concrete maatregelen. Deze maatregelen zijn onder te verdelen in drie thema's te weten: het vergroten van de instroom in opleiding en beroep, de verbetering van de organisatie van personeel inzet en het verminderen van de uitstroom/het behoud van medewerkers. Concrete maatregelen op dit terrein kunnen zijn: het aanbieden van scholings- en begeleidings-trajecten, maatregelen gericht op de kwaliteit en beschikbaarheid van stageplaatsen, maatregelen gericht op het vergroten van de arbeidsparticipatie van specifieke doelgroepen, het vergroten van de arbeidsproductiviteit en het innovatieve vermogen van instellingen, taakherschikking en functiedifferentiatie, het vergroten van de deeltijdfactor, het terugdringen van administratieve lasten, leeftijdsbewust personeelsbeleid en maatregelen gericht op het vergroten van de carrièremogelijkheden.

- **Monitoren arbeidsmarkt zorg**

Wij zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en toegankelijkheid van het zorgaanbod en zijn daarom alert op de korte- en lange termijn ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Wij hebben 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 het ministerie van VWS, het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) en sociale partners in zorg en welzijn (€ 0,5 miljoen).

- **Wijk/buurtgerichte Eerstelijnszorg**

Met wijk/buurtgericht werken kunnen zorg en voorzieningen beter worden afgestemd op de behoeftes van de lokale populatie. Wij zullen nauwere banden stimuleren tussen curatieve eerstelijnszorg (huisarts, verloskundigen, apotheker, fysiotherapie ed.), AWBZ-zorg, centra voor jeugd en gezin, en loketten voor Wmo.

- **Jeugd geestelijke gezondheidszorg**

Samen met de Minister voor jeugd en Gezin blijven we het nieuwe aanbod en de belangrijke knelpunten in de jeugd ggz, zoals de wachtlijsten en de orthopsychiatrie, monitoren (€ 0,3 miljoen).

- **Heroriëntatie hulpmiddelen**

Een project dat de toegankelijkheid wil verbeteren van de verschillende regelingen waaruit de burger een hulpmiddel kan krijgen (Zvw, AWBZ, Wmo, WIA). In 2007 is een interactief proces opgezet waaraan hulpmiddelegebruikers en vrijwel alle relevante veldpartijen, patiëntenverenigingen en koepels meewerken. Het cliëntperspectief staat hierin centraal. Het doel is te komen tot een beleidsvoorstel met verbetermaatregelen. De op korte termijn meest haalbare maatregelen worden zoveel mogelijk in 2008 opgepakt en uitgevoerd. Eventuele meer fundamentele maatregelen zullen in 2009 tot uitvoering komen.

- **Orgaandonatie**

NIGZ-donorvoorlichting krijgt een subsidie voor het geven van publieksvoorlichting over orgaandonatie om op die manier de bewustwording en het aantal registraties te verhogen. De Nederlandse Transplantatie Stichting ontvangt subsidie voor het optimaliseren van de donoorwerving in ziekenhuizen, zodat het donorpotentieel zo goed mogelijk wordt benut.

Het CIBG krijgt financiering voor het beheren van het Donorregister, waar de burger zijn keuze omtrent donorschap kan later registreren. De totale kosten hiervan zijn € 5 miljoen.

We hebben reeds toegezegd met een vervolgplan voor orgaandonatie te komen. Dat plan wordt opgesteld in samenwerking met het veld, verenigd in de Coördinatiegroep Orgaandonatie. In dat plan worden activiteiten voor 2008 en verder beschreven.

- Capaciteit, opleidingen- en beroepenstructuur optimaliseren

Met het opleidingsfonds is vanaf 1 januari 2007 een nieuwe financiering voor de zorgopleidingen ingevoerd. Met ingang van 1 januari 2008 wordt de nieuwe financiering ook voor de zogenaamde 2e tranche zorgopleidingen ingevoerd. Op verzoek van de sector en het College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) is echter de opnemings van verpleegkundige en medische ondersteunende beroepen naar een later tijdstip verschoven. Voor 2008 is met het opleidingsfonds, inclusief de huisartsenopleiding, een bedrag van € 870 miljoen gemoeid. Om met het opleidingsfonds te komen tot een moderne en samenhangende besturingsstructuur vervult het CBOG de volgende taken: het ramen van de opleidingsplaatsen, het doen van voorstellen aan de minister voor toewijzing van opleidingsplaatsen en het ontwikkelen en/of implementeren van voorstellen voor de innovatie van beroepen en opleidingen.

- Doelmatig geneesmiddelengebruik

In een projectmatige aanpak zijn diverse maatregelen in gang gezet om de doelmatigheid te bevorderen op het terrein van het voorschrijven, afleveren en gebruiken van geneesmiddelen. In 2007 zal een aantal van deze maatregelen aflopen en in 2008 zal het effect ervan worden geëvalueerd door het Nivel. Daarnaast wordt DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, gesubsidieerd om in het veld de doelmatigheid en de kwaliteit van geneesmiddelengebruik te bevorderen. In totaal is hiervoor in 2008 € 2,1 miljoen beschikbaar.

Daarnaast vinden ook in 2008 in diverse ziekenhuizen pilots plaats waarbij, om doelmatig gebruik van geneesmiddelen te bevorderen, poliklinische geneesmiddelen in DBCs opgenomen worden. Deze pilots moeten inzicht geven in de vraag of het mogelijk en wenselijk is poliklinische geneesmiddelen te incorporeren in het DBC systeem.

- Nurse practitioner (NP) en Physician assistant (PA)

We hebben besloten om vanaf 1 september 2007 structureel financiële middelen te reserveren voor een jaarlijkse instroom van 325 eerstejaarsstudenten in de opleidingen PA en NP (€ 17 miljoen). Uit onderzoek blijkt dat deze vormen van taakherschikking leiden tot aanzienlijke kwaliteitswinst, in termen van toegankelijkheid, kortere wachttijden en betere begeleiding. Daarnaast blijkt uit onderzoek van de HBO-raad dat de arbeidsmarkt voor de PA en NP zich gunstig ontwikkelt. Wij hebben per brief d.d. 1 mei 2007 dan ook gemeld, dat indien de behoefte daartoe zou blijken wij zullen overwegen met ingang van het studiejaar 2008/2009 een stijging van 325 naar 400 plaatsen te realiseren (hiervoor is in 2008 een bedrag van maximaal € 0,5 miljoen gereserveerd).

Instrumenten voor innovatie

- **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 (EMD), beschikbaarheid van de waarneeminformatie van huisartsen en elektronische afhandeling van het declaratieverkeer. In 2008 richt het ICT beleid zich op de invoering van het burgerservicenummer in de zorg, de landelijke uitrol van het Waarneemdossier Huisartsen (WDH) en van het EMD zodat invoering van beide onderdelen in 2009 een feit is. Daarnaast wordt verder gewerkt aan nieuwe toepassingen, zoals de uitbreiding van het EMD met bijvoorbeeld informatie over contra-indicaties, het dossier spoedeisende hulp en het diabetesdossier. Verder worden in 2008 de applicaties getoetst waarmee de patiënt toegang krijgt tot het eigen elektronisch patiëntendossier (zie ook voortgangsrapportage ICT en EPD kamerstukken 27 529, nr. 29).

- **Innovatie in de eerste lijn**

In het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) werken wij samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) aan het innovatieprogramma «De nieuwe praktijk». Door goede voorbeelden uit te dragen, ervaringen uit te wisselen en het ondersteunen van pilot-projecten, worden huisartsen bijgestaan bij het doorvoeren van vernieuwingen (€ 0,9 miljoen).

- **(P) Praktijkondersteuner**

Per 1 januari 2008 wordt de functie praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (poh ggz) geïntroduceerd. Deze functie richt zich op het ondersteunen van huisartsen bij de zorg aan mensen met psychische problemen en is een middel om een sterkere en meer samenhangende eerstelijns ggz te realiseren (€ 38,2 miljoen).

- **Innovatie in de ggz en revalidatiesector**

Een versnellingsprogramma voor kwaliteit, veiligheid en innovatie in de curatieve ggz heeft als doel het zichtbaar maken, implementeren, verspreiden en borgen van best practices. Hierbij vergroten we de transparantie en doen we structurele verbeteringen op de thema's patiëntveiligheid, logistiek en klantgerichtheid. Verder wordt de preventie en behandeling van suïcidaal gedrag versterkt. Daarnaast onderzoeken we de mogelijkheid voor het introduceren van een kwaliteitsinstrument voor e-mental health (€ 0,3 miljoen). De revalidatiesector start in 2008 met een op het Sneller Beter programma geïnspireerd project, waar ambitieuze doelstellingen voor verbetering van patiëntenlogistiek (instroom en doorstroom) en patiëntveiligheid gerealiseerd gaan worden en waarbij deze innovatiekracht in de organisatie blijvend geborgd wordt (€ 0,3 miljoen).

- **Stimuleringsprogramma innovatie**

De uitdagingen voor de toekomst van de zorg zijn niet gering. De vraag naar zorg neemt onverminderd toe terwijl bovendien de aard van de zorgvraag verandert. Ook wijzigen de eisen die de samenleving stelt aan de zorg. Daarom is innovatie belangrijk. Medische innovaties in diagnose en behandeling dragen bij aan genezing en maken zelfs voorheen levensbedreigende ziektes chronisch. Daarnaast wordt gewerkt aan het vinden (en toepassen) van nieuwe organisatievormen om de zorg aan kwaliteit en doelmatigheid te laten winnen. Een aanpalend terrein is dat van de arbeidsproductiviteit. Aangezien een van de grootste uitdagingen

voor de komende periode voor de zorg is om over voldoende menskracht te beschikken, is innoveren van werkprocessen van groot belang zodat met minder menskracht meer werk gedaan kan worden. Voor veel innovaties is informatie- en communicatietechnologie (ICT) een voorname voorwaarde. Om de innovatie in preventie en zorg (cure en care) te versterken zal een Innovatieplatform voor de zorg worden opgericht en zal al in 2007 een preventie- en zorgbreed innovatieprogramma van start gaan.

Of het nu gaat om preventie, cure of care, innoveren gaat in drie stappen. De eerste stap is die van het nieuwe idee. Door te *dromen* over een betere diagnose en andere manieren om een zorgvrager te helpen of om de doelmatigheid te vergroten ontstaan nieuwe ideeën. De droom moet worden *doordacht*, aangevuld, versterkt, praktisch toepasbaar gemaakt. De derde stap is die van de feitelijke *invoering* (doen), niet bij een enkele aanbieder, maar breed zodat alle burgers/patiënten/cliënten kunnen profiteren. Op elk van deze stappen zullen activiteiten plaatsvinden. Ten behoeve van het «dromen» zullen bijvoorbeeld ontmoetingsplaatsen worden gecreëerd om nieuwe ideeën tot stand te brengen. Voor wat betreft het «denken» gaat het onder meer om het richten van Research & Development op maatschappelijke prioriteiten. Bij «denken» zal de brede invoering van innovaties worden bevorderd door deze meer transparant te maken. De middelen voor het Stimuleringsprogramma staan gereserveerd op de aanvullende post van de begroting van het ministerie van Financiën.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/structurele subsidies	924 811	931 370	940 470	942 470	942 470
<i>Onder andere:</i>					
Opleidingsfonds, inclusief huisartsenopleiding	870 003	875 952	885 602	886 702	884 602
Opleidingen verloskunde	15 672	15 672	15 672	15 672	15 672
CBOG	1 376	1 376	1 376	1 376	1 376
Ramingen capaciteitsorgaan	1 112	1 112	1 112	1 112	1 112
Nictiz	11 318	11 318	11 318	11 318	11 318
Donorvoorlichting	1 728	1 728	1 728	1 728	1 728
Donorwerving	3 301	3 301	3 301	3 301	3 301
Normalisatie medische hulpmiddelen	113	113	113	113	113
Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening	2 232	2 232	2 232	2 232	2 232
Projectsubsidies	109 092	111 582	98 073	87 126	93 648
<i>Onder andere:</i>					
Arbeidsmarktbeleid	15 116	15 305	21 637	21 202	26 269
Innovatie en ICT	20 769	31 355	18 940	21 828	24 328
Opleiding PA/NP	9 100	15 925	17 062	17 062	17 062
Uitbreiding opleiding PA/NP	525	2 100	3 675	3 938	3 938
Verpleegkundigen en verzorgenden	2 332				
Modernisering eerste lijn (LAK)	30				
Subs St. Ex6	100				
Kwaliteit Patiëntveiligheid	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
WBMV	280	50			
Topinstitute Pharma	34 433	30 388	30 135	19 501	
Bsik-projecten	7 920		4 680		2 340
Uitnameteams orgaandonatie	563				
Medical priority devices	245				
Transplantatie bij leven	150	150	150	150	150
Masterplan Trimbos Instituut	343	343	343	343	343
Trimbos inst.: Monitor ouderen	259	259	259	259	259
Prenatale Screening	500	500	500	500	500
Opdrachten	25 084	24 073	37 246	36 268	23 015
<i>Onder andere:</i>					
Innovatie en ICT	10 385	15 678	9 470	10 914	12 164
ggz informatiebeleid	339	483	512	512	512
Actieprogramma veiligheid en logistiek intramuraal	510	650			
Wet BOPZ door veldpartijen	405	300	300	300	300
K.I.P. ggz	350	820	820	250	
Jeugd ggz	310	310	160	60	60
Kwaliteit Patiëntveiligheid	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	71 807	73 276	65 727	65 574	65 124
<i>Onder andere:</i>					
Koppelingsfonds/CVZ	44 222	44 222	44 222	44 222	44 222
Stuurgroep weesgeneesmiddelen / ZonMw	450	450	450	450	
Bijdragen aan baten-lastendiensten	27 135	28 604	21 055	20 902	20 902
Bijdrage aan agentschap CIBG	27 135	28 604	21 055	20 902	20 902
Totaal	1 157 929	1 168 905	1 162 571	1 152 340	1 145 159

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

42.3.3 Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket van noodzakelijke zorg aan

Motivering

Motivering

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

Ons beleid is gericht op:

- Een goed werkend stelsel;
- Een pakket van verzekerde aanspraken;
- Een op het stelsel aansluitend bekostigingssysteem.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
1. Beheerste ontwikkeling gemiddelde nominale premie Zvw in euro's	1 103	2007	1 057	n.v.t.
2. Beheerste ontwikkeling bruto schadelast	€ 26,7 miljard	2007	< € 30,1 miljard	€ 33,3 miljard
3. Aantal onverzekerden	241 000	2006	< 250 000	200 000

Bronnen:

1. MEV 2007
2. CVZ
3. CBS

Toelichting:

De indicator gemiddelde nominale premie is een afgeleide van de ontwikkeling van de schadelast van verzekeraars, zoals geraamd als actuele stand voor de ontwerpbegroting 2007

Instrumenten voor een goede werking van het stelsel

- Monitoren Zorgverzekeringswet (Zvw)

Wij volgen de ontwikkelingen met betrekking tot de zorgverzekeringsmarkt op de voet. In juni 2007 heeft de NZa in de monitor het oordeel gegeven dat de Zvw in het algemeen goed werkt en dat dit positieve oordeel over 2006 kan worden doorgetrokken naar 2007. Ook andere bronnen geven geen aanleiding tot belangrijke bijsturing. De NZa zet zich in om het voor verzekeringsplichtigen gemakkelijker te maken zorgverzekeringen goed met elkaar te kunnen vergelijken.

- Onverzekerden

Het aantal onverzekerden is door het CBS geschat op 241 000. Dit is de stand van zaken van 31 december 2006. Dat aantal is lager dan het aantal onverzekerden ten tijde van de Ziekenfondswet. Doelstelling is het aantal nog verder omlaag te brengen. Dit geschiedt langs verschillende wegen. De voorlichting aan specifieke groepen onverzekerden wordt geïntensiveerd en er wordt onderzocht of door middel van bestandsvergelijking onverzekerde verzekeringsplichtigen kunnen worden getraceerd en door

middel van nader te treffen maatregelen tot het afsluiten van een verzekering kunnen worden gebracht.

- Wanbetalers

Het aantal wanbetalers is door het CBS geschat op 190 000. Dit is de stand van 31 december 2006 volgens opgave van de verzekeraars. Het gaat om mensen met een basisverzekering die minimaal zes maanden geen premie hebben betaald. Dit aantal is lager dan het eerder door zorgverzekeraars gerapporteerde aantal van 240 000. Er wordt een aantal maatregelen getroffen om tegen te gaan dat mensen de verschuldigde premie niet betalen en als gevolg daarvan onverzekerd raken. Er is al sprake van het uitvoeren van een verzwaard incassoregime. Daarnaast ligt er een wetsvoorstel in de Eerste Kamer die regelt dat een wanbetaler zijn verzekering niet kan opzeggen. Ten slotte is de mogelijkheid van een bronheffing voor de nominale premie in onderzoek.

- Financieren van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen

Voor de compensatie van bovenmatige kosten voor eerstelijnszorgverleners stelt VWS jaarlijks € 7 miljoen beschikbaar aan de Stichting Koppeling. Het is de bedoeling hiermee knelpunten in de gezondheidszorg aan illegalen op te lossen en te voorkomen. Voorts zijn we op grond van een rechterlijke uitspraak aansprakelijk voor de vergoeding van zorg samenhangend met de wet BOPZ die is verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen. Daarvoor is vanaf 2008 structureel € 15 miljoen begroot. Een wetsvoorstel is in voorbereiding dat regelt dat zorgaanbieders ingeval zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan in betalingsonmacht verkerende illegalen, in aanmerking kunnen komen voor compensatie uit collectieve middelen onder door de wet aangegeven voorwaarden. Er wordt naar gestreefd de nieuwe regeling op 1 januari 2008 in werking te laten treden. Na de stroomlijning zullen de hierboven genoemde bedragen jaarlijks beschikbaar gesteld worden voor eerstelijnszorg en AWBZ-zorg in de nieuwe regeling. Ook ziekenhuizen zullen na de stroomlijning een vergoeding voor de kosten van zorg aan illegalen via het CVZ kunnen ontvangen, waardoor er minder oninbare vorderingen zullen resteren. Hiervoor wordt een structureel bedrag van € 22 miljoen beschikbaar gesteld.

- Vaststellen verdragsbijdrage voor verdragsgerechtigden

Op basis van gegevens van het CVZ wordt per land (waar de verdragsgerechtigden wonen) de woonlandfactor vastgesteld. De woonlandfactor vormt de basis voor het vaststellen van de verdragsbijdrage die verdragsgerechtigden verschuldigd zijn voor hun aanspraak op zorg. De zorg wordt overeenkomstig internationale regelgeving ten laste van Nederland verleend.

- Bestrijden van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik door verzekerden

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de bestrijding van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik door verzekerden. Onderzoek naar fraude door zorgaanbieders wordt op 1 oktober 2007 overgeheveld van de FIOD-ECD naar de NZa. Zonodig kan, bijvoorbeeld naar aanleiding van onvoorziene ontwikkelingen, naast de bestaande toezichtstructuur extra fraudeonderzoek worden verricht op risicogebieden.

- Uitvoering zorgtoeslag

Ook in 2008 betaalt de Belastingdienst als tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie de zorgtoeslag uit aan alle burgers die daar recht

op hebben (€ 3,6 miljard). Met de zorgtoeslag wordt bewerkstelligd dat niemand een groter dan aanvaardbaar deel van zijn inkomen aan de premie voor de Zvw betaalt. In 2008 vindt geen betaling van zorgtoeslag meer plaats aan verzekerden die een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies bij hun zorgverzekeraar hebben opgebouwd. Deze bespaarde zorgtoeslag wordt gestort in het Zorgverzekeringsfonds. Uit het Zorgverzekeringsfonds worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor gederfde premie-inkomsten veroorzaakt door wanbetaling.

- **Risicoverevening**

Het systeem van risicoverevening moet jaarlijks worden aangepast aan de gewijzigde omstandigheden in de zorg, daarnaast worden er jaarlijks verbeteringen aangebracht. Om de noodzakelijke/gewenste aanpassingen mogelijk te maken wordt elk jaar een onderzoeksprogramma uitgevoerd. Een onderdeel van dit programma vormt een evaluatie van de werking van het verdeelmodel (stabiliteit). De mate van risicodragendheid voor verzekeraars zal in de komende jaren vergroot worden door een geleidelijke afbouw van de ex post compensatie mechanismen.

- **Maatschappelijke Verantwoording**

Vanaf 2008 zijn alle zorginstellingen (cure en care) verplicht om via het Jaardocument zorg verantwoording af te leggen over het voorgaande jaar. Het jaardocument bundelt de verplichte jaarlijkse gegevensstromen zoals het jaarverslag, de jaarrekening, het kwaliteitsjaarverslag, het klachtjaarverslag en het sociaal jaarverslag. In het verlengde van dit traject zal worden gekeken hoe de informatie-uitvraag tussen VWS, toezichthouders en zorg-zbo's nog beter is af te stemmen, zodat een dubbele uitvraag wordt vermeden. Het jaardocument (exclusief jaarrekening) zorgt voor een reductie in administratieve lasten voor de ziekenhuizen van 39%.

- **(P) Afstemmen informatie uitvraag**

Bij het opstellen van de werkprogramma's van VWS, Toezichthouders en zorg-zbo's wordt de informatie uitvraag afgestemd en wordt waar mogelijk de informatie gedeeld, waardoor dubbele uitvraag wordt vermeden. De loketfunctie die is ingericht voor het jaardocument maatschappelijke verantwoording zal verder worden uitgebreid. De website www.zorggegevens.nl helpt als wegwijzer naar bestaande registraties en brengt overlappende verzamelingen in beeld. In 2008 wordt actief gestuurd op verantwoording over het gebruik van de aan het veld gevraagde informatie.

Instrumenten op het terrein van het verzekerd pakket

- **Vervanging no-claim teruggave door verplicht eigen risico**

Overeenkomstig de afspraak in het coalitieakkoord wordt de no-claim-teruggave in de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2008 vervangen door een verplicht eigen risico. Bepaalde groepen verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten worden gecompenseerd voor het verplichte eigen risico. Het wetsvoorstel om deze wijziging door te voeren is in juni ingediend bij de Tweede Kamer.

- **(P) Overheveling ggz**

De curatieve ggz wordt met ingang van 1 januari 2008 onderdeel van het verzekerd pakket van de Zvw. De langdurige intramurale ggz en de niet-curatieve ggz blijven onderdeel van de AWBZ. Voor het Zvw-deel van

de ggz zijn DBCs ontwikkeld als bekostigingssysteem, de overige ggz maakt gebruik van de AWBZ breed in te voeren zorgzwaartepakketten.

- Evaluatie pakket

Het CVZ heeft in maart 2007 zijn eerste pakketadvies uitgebracht gericht op een passend en duidelijk pakket. Omdat de doorlichting van het pakket een doorlopend proces is, zal het CVZ in beginsel jaarlijks een pakketadvies opstellen. Begin 2008 zal het CVZ zijn volgende pakketadvies uitbrengen. In het Pakketadvies 2007 komt het CVZ tot enkele in- en uitstroom adviezen. Naar aanleiding van het advies worden de volgende pakketmaatregelen per 1 januari 2009 genomen: schrappen van de vergoeding van intracaverneus fentolamine/papaverine (middel ter behandeling van erectiestoornissen) en beperking van de vergoeding van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen) (kamerstukken 30 300 XVI, nr. 168). Op basis van aanvullend onderzoek van het CVZ zal worden bezien hoe deze maatregel het best kan worden ingevoerd.

- Preventie

Op 16 juli heeft het CVZ het rapport «Van preventie verzekerd» vastgesteld. In dat rapport wordt verduidelijkt hoe preventieve zorg zich verhoudt tot de Zvw en AWBZ. De hoofdboodschap is dat individuele preventieve zorg in aanleg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Het gaat daarbij zowel om preventieve zorg voor mensen bij wie ziekte al is vastgesteld alswel om mensen die nog niet ziek zijn maar een verhoogd risico lopen ziek te worden. Enerzijds wordt deze ruimte binnen de Zvw/AWBZ in de praktijk nog onvoldoende benut door zorgverleners, anderzijds komen niet alle preventieve interventies voor vergoeding in aanmerking omdat ze niet beantwoorden aan de eis van voldoende werkzaamheid op basis van stand van de medische wetenschap. Het CVZ gaat met vervolgrapportages komen om aan de hand van de vijf speerpunten uit de Preventienota 2006 (roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie) de (kosten)effectiviteit van preventieve zorg nog eens nader onder de loep te nemen. In 2008 wordt bekeken of deze interventiestrategieën met ingang van 2009 kunnen worden opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeraars. Alleen doeltreffende en kosteneffectieve interventies komen eventueel in aanmerking om in het verzekerde pakket onder te brengen.

- (P) Eerstelijnspsychologische zorg in verzekerd pakket

Met het onderbrengen van de curatieve ggz onder de afspraken van de Zvw per 1 januari 2008 maken ook acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg onderdeel uit van het verzekerde pakket van de Zvw. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie Buijs (2002).

- (P) Tandartscontrole in verzekerd pakket

Het kabinet heeft besloten om de aanspraak op mondzorg voor de jeugd uit te breiden van 18 tot 22 jaar. Daarbij is voorts besloten om deze aanspraak buiten het eigen risico te houden. Met deze uitbreiding van het pakket beoogt het kabinet de tandheelkundige zorg voor jongvolwassenen te optimaliseren (€ 100 miljoen).

- (P) Kraamzorg

Per 2008 zijn er meer middelen beschikbaar voor de kraamzorg (€ 34 miljoen). Dit naar aanleiding van afspraken in het coalitieakkoord. Hierin is aangegeven dat het aantal uren kraamzorg zal worden uitgebreid. De vormgeving van de uitbreiding is onderwerp van discussie binnen de bij de kraamzorg betrokken veldpartijen. Onder verantwoordelijkheid van het

CVZ wordt momenteel een monitor naar het landelijk indicatieprotocol kraamzorg uitgevoerd. De resultaten van deze monitor worden bij de discussie betrokken. Bekeken wordt in hoeverre de uitbreiding van het aantal uren in het landelijk indicatieprotocol kraamzorg kan worden ingepast.

- (P) Anticonceptiepil in verzekerd pakket

Ter uitvoering van de afspraken in het coalitieakkoord worden het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering aangepast om de anticonceptiepil met ingang van 1 januari 2008 weer in het verplichte pakket van de Zvw op te nemen (€ 70 miljoen).

Instrumenten voor de bekostiging/het bekostigingssysteem

(P) Prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg

- In 2008 wordt een start gemaakt met de transitieperiode voor de komende vier jaar, om stapsgewijs te komen tot een bekostigingssysteem waarin geleverde zorg (DBC's) centraal staat en waarin de prijzen van DBC's primair worden vastgesteld door onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Daartoe wordt het B-segment uitgebreid naar 20% van de ziekenhuiszorg. De systematiek van functiegerichte budgettering blijft in 2008 in het A-segment nog gehandhaafd om het eindperspectief goed te kunnen voorbereiden en het DBC systeem verder te verbeteren.
- Het nieuwe uurtarief van medisch specialisten van € 132 (prijsspeel 2006) wordt in 2008 ingevoerd en de «lumpsum» van medisch specialisten wordt afgeschaft.
- In 2009 worden verder stappen gezet. Zo wordt o.a. per 2009 de functiegerichte budgettering afgeschaft en zal voor een deel van de zorg maatstafconcurrentie worden ingevoerd. Maatstafconcurrentie is een vorm van prijsregulering dat zorgt voor een beheerste prijsontwikkeling door relatief ondoelmatige zorgaanbieders te stimuleren hun zorg efficiënter te leveren. Een en ander is nader uitgewerkt in de brieven over prestatiebekostiging ziekenhuizen (kamerstukken 29 248, nr. 37) en kapitaallasten (kamerstukken 27 569, nr. 84).
- Zorgaanbieders krijgen in 2009 tevens meer ruimte om de zorg die de consument vraagt te leveren en ruimte om investeringen te doen die nodig zijn om de zorg conform de vraag te organiseren. De kosten die verband houden met investeringsbeslissingen zullen vanaf 1 januari 2008 voor eigen rekening en risico van ziekenhuizen komen, waarbij vanaf 2009 sprake is van integrale prijzen en tarieven inclusief kapitaallastenvergoeding. Zorgaanbieders die goed presteren krijgen meer inkomsten om investeringen te bekostigen, terwijl slecht presterende instellingen een belangrijke financiële prikkel hebben om zich te verbeteren. Een groot deel van de administratieve lasten als gevolg van bouw en investeringsprocedures komt hiermee te vervallen.

(P) Taakstelling en maatstafconcurrentie ziekenhuizen

- In lijn met het coalitieakkoord is gezocht naar mogelijkheden om te komen tot besparingen en deze in te zetten voor de algehele budgettaire problematiek. Dat heeft voor de ziekenhuissector geleid tot een structurele taakstellende efficiencybesparing van € 160 miljoen in 2008 oplopend tot € 400 miljoen in 2011.
- In 2008 zal bovenstaande korting geëffectueerd worden door middel van een structurele budgetkorting van € 160 miljoen. Voor de jaren 2009 tot en met 2011 zal bij de vaststelling van de maatstaf rekening

worden gehouden met het restant van de taakstellende efficiency-besparing waarvan de opbrengst € 15 miljoen bedraagt in 2009, € 90 miljoen in 2010 en met ingang van 2011 structureel € 240 miljoen. Met de sector is besproken dat de taakstelling beperkt wordt tot de genoemde omvang, onder de voorwaarde dat er nadere afspraken gemaakt kunnen worden over een ICT-impuls van de sector.

- DBCs eenvoudig beter

Door de Stichting DBC Onderhoud (SDO) en door de exploitatie en het beheer van het DBC Informatie Systeem (DIS) wordt gewerkt aan verdere vereenvoudiging en verbetering van het DBC-systeem voor de ziekenhuiszorg (€ 9,4 miljoen). Voor communicatie, monitoring en onderzoek ter ondersteuning voor de verdere vereenvoudiging en verbetering van het DBC-stelsel is circa € 1,7 miljoen beschikbaar.

- (P) Subsidieregeling academische component

Sinds 2005 worden academische ziekenhuizen voor hun topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling apart gefinancierd door middel van een vrijwillige bijdrage van zorgverzekeraars. Omdat die constructie niet voldoende waarborgen kent voor de financiering van deze activiteiten, wordt met een wetswijziging mogelijk gemaakt dat VWS vanaf 1 januari 2008 hiervoor subsidies kan toekennen. Zo dragen we bij aan een voldoende aanbod aan topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling (ca. € 614 miljoen).

- (P) Transitie in de farmaceutische zorg 2008

Sinds 2004 zijn convenanten van kracht om de overgang mogelijk te maken naar een geneesmiddelenvoorziening met marktconforme onderhandelingen, effectieve prikkels voor kwaliteitsverbetering en doelmatigheidsbevordering en meer keuzevrijheid voor de patiënt. Kern van de afspraken was het beperken van de ruimte voor het geven van kortingen en bonussen en de introductie van een op prestatiebekostiging gerichte tariefstructuur voor apothekhoudenden. Naast een cultuuromslag en gedragsaanpassingen is het wegnemen van bovenmatige kortingen en bonussen een belangrijke voorwaarde om de overgang te kunnen realiseren naar een meer normale marktsituatie. De overheidsregulering zal zich dan kunnen richten op het beschermen van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg) en verder slechts nodig zijn om eventuele marktimperfecties en marktfalen te kunnen helpen corrigeren. Waar mogelijk wordt centrale regelgeving dan ook buiten werking gesteld of afgeschaft volgens het motto «dereguleren waar het kan, reguleren waar het moet». Bovenstaande uitgangspunten van beleid vragen om een transitie van de bestaande situatie naar de vanaf 2009 te bereiken meer normale marktsituatie. Deze transitie vergt een heldere langetermijnvisie en een stappenplan om die visie te kunnen verwezenlijken. De uitvoering van dit stappenplan zal leiden tot € 340 miljoen structureel lagere uitgaven voor farmaceutische zorg.

- (P) Tariefstructuur apothekhoudenden

In de met de ziektekostenverzekeraars, apothekers en de farmaceutische industrie afgesloten geneesmiddelenconvenanten is afgesproken dat er een nieuwe tariefssystematiek komt voor apothekhoudenden (apothekers en apothekhoudende huisartsen). Deze nieuwe tariefssystematiek gaat uit van prestatiebekostiging (er wordt betaald voor wat wordt geleverd) en benadrukt het zorgverlenerschap van de apothekhoudende. Tevens

wordt daarmee beoogd de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening en de prijsconcurrentie te bevorderen. De nieuwe systematiek zal in 2008 ingevoerd worden.

- Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en Wet geneesmiddelenprijzen (WGP)

Voor beide instrumenten geldt dat geen grootschalige wijzigingen zullen worden doorgevoerd in 2008. Wel geldt voor de WGP dat één van de toegepaste prijslijsten voor de berekening van de maximumprijs wordt gewijzigd. Het resultaat van deze wijziging is naar verwachting een bescheiden extra opbrengst van dit instrument.

We werken wel toe naar minder centrale kostenbeheersingsregelgeving in de farmaceutische zorg, maar 2008 is te vroeg voor verregaande deregulering van deze instrumenten.

- Rijksbijdrage zorgverzekeringsfonds

Met de rijksbijdrage voorkomen we dat huishoudens met kinderen jonger dan achttien jaar te hoge zorglasten hebben (€ 2,07 miljard). Kinderen tot achttien jaar betalen geen nominale premie. De rijksbijdrage voorziet in de financiering van de premie van deze kinderen.

- (P) Vrije prijsvorming fysiotherapie

Het experiment met vrije prijsvorming in de fysiotherapie gaf een positieve impuls aan kwaliteitsverbetering en productinnovatie en er zijn evenwichtige marktconforme tarieven ontstaan. Het experiment wordt daarom vanaf 2008 omgezet in een systeem van vrije prijsvorming. De fysiotherapie blijft onder het toezicht van de NZa vallen.

- (P) Huisartsenzorg

Het kabinet wenst vast te houden aan de uitgangspunten die zijn afgesproken in het Vogelaar-akkoord. De geraamde uitgaven op het terrein van de huisartsenzorg voor 2008 zijn gebaseerd op deze afspraken. VWS is in overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de precieze wijze waarop aan de afspraken in het Vogelaar-akkoord uitvoering zal worden gegeven.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Inkomensregelingen	5 717 600	5 930 400	6 134 700	6 557 900	7 011 400
Rijksbijdrage 18-Zorgtoeslag	2 071 700	2 158 300	2 232 000	2 345 400	2 464 500
	3 645 900	3 772 100	3 902 700	4 212 500	4 546 900
Instellingssubsidies/structurele subsidies	4 425	4 425	4 425	4 425	4 425
Stichting DBC Onderhoud	4 425	4 425	4 425	4 425	4 425
Opdrachten	14 106	14 471	13 367	12 766	12 016
<i>Onder andere:</i>					
Risicoverevening	1 203	1 203	1 203	1 103	1 103
Stelselherziening	661	661	557	557	507
Landelijke Meldkamer Ambulancezorg KLPD	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
DBC projecten	3 052	4 262	3 262	3 261	3 261
Zachte landing DBC GGZ	1 150	500	500		
DBC Zorg	5 090	4 895	4 895	4 895	4 895
Kwaliteitsprogramma spoedzorg	950	950	950	950	250
Bijdragen andere begrotingshoofdstukken:	8 530	8 530	8 530	8 530	8 530
bijdrage exploitatie C2000 (BZK)	8 530	8 530	8 530	8 530	8 530
Totaal	5 744 661	5 957 826	6 161 022	6 583 621	7 036 371

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

42.4 Overzicht Beleidsonderzoeken

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	Zorgverzekeringswet (Zvw) 2006	42.3.3	A 2007 B 2009
	Wet Marktordening Gezondheidszorg	42.3.3	A 2007 B 2009
Effectonderzoek ex post	Doelmatiger geneesmiddelengebruik	42.3.2	A 2008 B 2009
	Reclamebesluit geneesmiddelen	42.3.2	A 2007 B 2008
	Evaluatie uitbreiding B-segment	42.3.3	A 2008 B 2008
Overig evaluatieonderzoek	Beleidsrapportages ggz	42.3.2	A 2007 B 2010
	Monitor zorgverzekeringsmarkt	42.3.3	Jaarlijks
	Monitor overheveling ggz en invoering DBC's	42.3.3	A 2008 B 2009
	Monitor huisartsenzorg	42.3.3	A 2007 B 2008

Artikel 43 Langdurige zorg

43.1 Algemene beleidsdoelstelling

Zorgen dat voor mensen met een langdurige of chronische aandoening van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard zorg van goede kwaliteit beschikbaar is en dat deze zorg tegen voor de samenleving aanvaardbare maatschappelijke kosten wordt geleverd.

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2008

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2008

De komende periode werken wij aan vernieuwing en het voor de toekomst houdbaar maken van de langdurige zorg. In de kabinetsbrede beleidsvisie (proloogbrief) zijn hiervoor speerpunten rond «Kwaliteit», «Patiënt en cliënt» en «Innovatie» benoemd. Voor de langdurige zorg hebben we deze ambities uitgewerkt in een aantal concrete actieplannen. In de brief «Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan» (kamerstukken 30 800 XVI, nr. 146) zijn visie en voorgenomen acties om de kwaliteit van leven voor de cliënten van zorghuizen te vergroten bekend gemaakt. Vermindering van bureaucratie en zorgen voor meer werkplezier in de sector zijn andere speerpunten in het beleid. In het «Actieplan minder bureaucratie en meer werkplezier AWBZ» is voor deze vraagstukken een aantal directe maatregelen aangekondigd.

In lijn met de hiervoor geschetste plannen willen wij de komende periode op de volgende speerpunten concrete resultaten boeken.

Positie cliënt versterken door meer zeggenschap en keuzemogelijkheden:

- Betere informatie voor eigen oordeelsvorming van cliënten en patiënten over kwaliteit (OD 43.3.1)
- Vergroten van transparantie van zorgaanbieders (OD 43.3.1)
- Rechten van cliënten en patiënten versterken (OD 43.3.1)

Meer ruimte voor cliënt en professional door vermindering bureaucratie:

- Vereenvoudigen en uniformeren van het proces van indicatiestelling (OD 43.3.2)
- Ruimte voor investeringen (OD 43.3.4)

Kwaliteitsverbetering AWBZ-zorg:

- Extra financiële prikkel voor innovaties op het gebied van kwaliteit (OD 43.3.3)
- Implementatie-indicatoren voor verantwoorde zorg (OD 43.3.3)
- Verplicht stellen van het zorgplan (OD 43.3.3)
- Innovatieprogramma's op het gebied van veiligheid in de zorg (OD 43.3.3)
- Bekostiging van instellingen naar de geïndiceerde zorgzwaarte (OD 43.3.3)
- Verbeteren en versterken van palliatieve zorg (OD 43.3.3)

Optimale benutting van de arbeidsmarkt:

- Aanpak bureaucratie (OD 43.3.1)
- Arbeidsmarktbeleid Langdurige zorg (OD 42.3.2)

Een zorgpakket tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten:

- Formuleren van heldere aanspraken op zorg (AWBZ-polis) (43.3.4)
- Heroriëntatie op de inhoud en omvang van de AWBZ-aanspraken (43.3.4)

In deze kabinetsperiode is tevens een aantal ombuigingsmaatregelen noodzakelijk gebleken. Deze worden toegelicht in OD 43.3.4, onder Instrumenten met betrekking tot de verzekerde aanspraken.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor:

- Het scheppen van randvoorwaarden voor de toegankelijkheid, de kwaliteit, de veiligheid en de betaalbaarheid van de zorg voor mensen met een langdurige of chronische beperking van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard;
- Het versterken van de positie van de burger – in dit begrotingsartikel in het bijzonder voor cliënten en/of hun vertegenwoordigers met een langdurige of chronische aandoening of beperking.

Externe factoren

Externe factoren

Mensen met een langdurige of chronische aandoening of beperking hebben recht op toegankelijke zorg van goede kwaliteit. Dit vergt een samenspel van professionals, patiënten en cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren. Naast deze actoren zijn de volgende partijen van groot belang voor een toegankelijke en kwalitatief goede zorg:

- Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voert onafhankelijk de indicatiestelling uit op een wijze 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 houdt zij toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) handhaaft normen voor verantwoorde zorg zoals deze door de sectoren zijn, of binnenkort worden vastgesteld;
- Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) handhaaft een doelmatige inrichting van het systeem van prikkels en verantwoordelijkheden, adviseert over AWBZ-aanspraken en de toepassing daarvan, en beheert de AWBZ brede zorgregistratie (AZR).

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Bij deze algemene doelstelling is geen prestatie-indicator opgenomen. Het is namelijk niet mogelijk om de goede werking van het gehele stelsel van Langdurende zorg in Nederland in een of enkele indicatoren samen te vatten. Het stelsel is daarvoor te omvangrijk. Voor inzicht in de werking van het gezondheidszorgstelsel evalueren wij onder andere de Wmg. Tevens is de SER om een richtinggevend advies gevraagd over de ontwikkeling van de AWBZ op langere termijn en de daaruit voortvloeiende stappen voor de korte termijn. Daarnaast monitoren wij de prestaties van het stelsel met de Zorgbalans (zie hiervoor ook www.zorgbalans.nl), het document dat eens per twee jaar verschijnt en waarin de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg worden weergegeven. In 2008 wordt de tweede Zorgbalans opgeleverd, waarmee inzicht wordt verkregen in de ontwikkeling van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel. Ten opzichte van de eerste Zorgbalans zal deze versie meer trendgegevens en internationale vergelijkingen bevatten en is er veel aandacht voor het verbeteren van de zeggingskracht voor het beleid.

43.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verplichtingen	5 233 690	4 884 898	5 062 998	5 171 960	5 250 754	5 341 775	5 339 778
Uitgaven	5 086 972	4 878 181	5 068 868	5 173 986	5 251 965	5 342 240	5 339 778
Programma-uitgaven	5 082 304	4 873 970	5 064 762	5 170 029	5 248 306	5 339 177	5 336 715
Versterkte positie burger in het zorgstelsel	58 163	55 495	68 732	63 129	61 526	60 356	60 356
Noodzakelijke zorg is beschikbaar	171 135	141 925	138 324	140 128	137 227	123 926	123 426
Zorg is effectief en veilig (kwalitatief goed)	19 040	41 850	148 777	160 124	183 109	180 859	53 597
Aanvaardbare maatschappelijke kosten zorg	4 833 966	4 634 700	4 708 929	4 806 648	4 866 444	4 974 036	5 099 336
Apparaatsuitgaven	4 668	4 211	4 106	3 957	3 659	3 063	3 063
Ontvangsten	3 614	144	0	0	0	0	0

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012
1. <i>Versterkte positie burger in het zorgstelsel</i>	68 732	63 129	61 526	60 356	60 356
– Juridisch verplicht	13 357	11 547	11 550	10 550	10 550
– Bestuurlijk gebonden	52 300	48 430	46 810	46 640	46 640
– Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	3 075	3 152	3 166	3 166	3 166
2. <i>Noodzakelijke zorg is beschikbaar</i>	138 324	140 128	137 227	123 926	123 426
– Juridisch verplicht	128 000	128 000	128 000	120 000	120 000
– Bestuurlijk gebonden	10 200	4 200	2 900	2 900	2 900
– Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	124	7 928	6 327	1 026	526
3. <i>Zorg is effectief en veilig (kwalitatief goede zorg)</i>	148 777	160 124	183 109	180 859	53 597
– Juridisch verplicht	28 215	27 369	27 369	27 369	27 369
– Bestuurlijk gebonden	120 492	132 667	150 542	148 292	22 230
– Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	170	88	5 198	5 198	3 998
4. <i>Aanvaardbare maatschappelijke kosten zorg</i>	4 708 929	4 806 648	4 866 444	4 974 036	5 099 336
– Juridisch verplicht	4 708 600	4 806 500	4 866 300	4 973 900	5 099 200
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	329	148	144	136	136

Toelichting budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Het niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden bedrag voor operationele doelstelling 1 in 2008 is grotendeels geraamd voor het terugdringen van administratieve lasten in de zorg. Onderdeel hiervan vormt een vliegende brigade die zorgaanbieders, zorgverzekeraars en uitvoeringsorganisaties in de zorg gaat ondersteunen met een betere uitvoering en slimmere

administratieve processen. Daarnaast is € 1 miljoen geraamd voor het vergroten van de invloed van de burger op de zorgverlening. Het bedrag met ingang van 2009 is nagenoeg geheel (€ 3 miljoen) beschikbaar voor het terugdringen van administratieve lasten in de zorg.

Premie-uitgaven:

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Geestelijke gezondheidszorg AWBZ	3 864,7	3 925,8	1 190,6	1 207,2	1 221,0	1 221,0	1 221,0
TBS-en	148,7						
Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	83,4	88,2					
Gehandicaptenzorg	4 937,9	5 064,1	5 135,7	5 174,8	5 160,1	5 160,1	5 160,1
Verpleging en verzorging	12 177,4	11 378,2	11 546,6	11 576,6	11 557,4	11 534,6	11 601,9
Persoonsgebonden budgetten	1 125,0	1 319,6	1 281,7	1 281,7	1 281,7	1 281,7	1 281,7
Subsidies langdurige zorg	194,8	75,2	68,2	68,2	68,2	68,2	68,2
Beheerskosten/diversen AWBZ	216,0	214,4	210,6	210,9	212,6	212,7	212,7
Langdurige zorg onverdeeld		476,7	716,6	1 002,8	1 543,0	2 145,3	2 075,6
Totaal	22 747,8	22 542,2	20 150,0	20 522,2	21 044,0	21 623,6	21 621,2
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		- 0,9%	- 10,6%	1,8%	2,5%	2,8%	0,0%

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van langdurige zorg. In deze beschikbare middelen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de eerste suppletore wet 2007 en de miljoenennota 2008 verwerkt. Voor 2007 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2008 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd. Het saldo van beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegedeeld, is opgenomen als onverdeeld.

De middelen die betrekking hebben op de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zijn naar artikel 42 gezondheidszorg verplaatst. Onder artikel 43 blijft de Langdurige geestelijke gezondheidszorg verantwoord. De vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten zijn vanaf 2008 terug te vinden als geneeskundige ggz 2e lijn door vrijgevestigden.

De minister voor Jeugd & Gezin draagt de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de jeugd-ggz en de jeugd-lvg (artikel 3 «Zorg en bescherming» van de begroting van Jeugd & Gezin).

In de premie-uitgaven voor gehandicaptenzorg is circa 5% toewijsbaar aan de zorg voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten (jeugd-lvg). In de premie-uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg is in de jaren 2006 en 2007 circa 10% toewijsbaar aan de zorg voor kinderen en jeugdigen (jeugd-ggz). Vanaf 2008 valt de kortdurende jeugd-ggz onder de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

43.3 Operationele doelstellingen

Er zijn 4 operationele doelstellingen op het terrein van de Langdurige zorg:

1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt;

2. Voor iedere cliënt is de voor hem of haar noodzakelijke zorg beschikbaar;
3. De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatieve goede zorg);
4. De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar.

43.3.1 De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt

Motivering

Motivering

Door informatie over zorgaanbieders toegankelijk en vergelijkbaar te maken, kan de cliënt bewust kiezen tussen de zorgaanbieders. De zeggenschap van burgers/cliënten wordt op die manier vergroot. Zorgaanbieders worden daardoor gestimuleerd te concurreren op kwaliteit en prijs. Wij realiseren dit door instrumenten in te zetten die leiden tot:

- Meer transparante informatievoorziening over de zorg;
- Het verbeteren van de rechtspositie van burgers in het zorgstelsel.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. Voor de sectoren Verpleging, verzorging en thuiszorg is inzicht in aanbod en kwaliteit beschikbaar op kiesbeter.nl	–	–	100%	100%

Toelichting:

1. Naast deze doelstelling voor de sectoren Verpleging, Verzorging en Thuiszorg bevordert het kabinet ook dat in 2010 voor alle zorgsectoren in de AWBZ de kwaliteitsinformatie op kiesbeter.nl verschijnt.

Doelstelling nr. 45d «De rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk» is uitgewerkt onder het kopje Instrumenten voor het verbeteren van de rechtspositie van burgers in het zorgstelsel.

Instrumenten voor een transparante informatievoorziening

- Betere informatie voor oordeelsvorming van cliënten en patiënten over kwaliteit

Zorgaanbieders bieden betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de zorgverlening en geven daarbij ook inzicht in de ervaringen van de cliënt zelf (CQ-index). De informatie over instellingen zal voor de sector Verpleging en Verzorging en thuiszorg in 2008 openbaar worden gemaakt via www.kiesbeter.nl. De overige sectoren volgen later (zie ook bovenstaande prestatie-indicator).

- Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (vergroten transparantie zorgaanbieders)

Vanaf 2008 zijn alle zorginstellingen (cure en care) verplicht om via het jaardocument verantwoording af te leggen over het voorgaande jaar. Het jaardocument bundelt de verplichte jaarlijkse gegevensstromen zoals het jaarverslag, de jaarrekening, het kwaliteitsjaarverslag, het klachtjaarverslag en het sociaal jaarverslag. In het verlengde van dit traject zal worden gekeken hoe de informatie-uitvraag tussen VWS, toezichthouders en zorg-zbo's nog beter is af te stemmen, zodat een dubbele uitvraag wordt vermeden.

- Aanpak van bureaucratie, administratieve lasten en regeldruk
Voor burgers en cliënten van de AWBZ wordt de communicatie over de AWBZ verbeterd. Daarnaast worden de bureaucratische lasten beperkt voor mensen die voorzieningen aanvragen bij meerdere instanties en regelingen.
- AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) verder ontwikkelen
De AZR is een uniforme systematiek waarmee (66) indicatieorganen, (32) zorgkantoren en (3 000) zorgaanbieders elektronisch informatie over cliënten kunnen uitwisselen. Daarmee wordt inzicht verkregen in ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod en eventuele fricties daartussen (wachtlijsten). In 2007 is een traject in gang gezet dat gericht is op een inhoudelijke verbetering van de kwaliteit van de gegevens in de AZR en worden de specificaties aangepast voor de intramurale zorgzwaartebekostiging. In de loop van 2008 moet de AZR gereed zijn om financiële processen te ondersteunen, zoals de zorgzwaartebekostiging, de verantwoording van de productie (de geleverde zorg) en de heffing van de eigen bijdrage voor de AWBZ-verblijfszorg. Zie ook Modernisering AWBZ, kamerstukken 26 631, nr. 181 (€ 2,3 miljoen).

Instrumenten ter verbetering van de rechtspositie van burger

- Rechten van cliënten en patiënten
Deze kabinetsperiode worden de rechten en plichten van patiënten en cliënten wettelijk vastgelegd. Daarnaast wordt overige relevante regelgeving voor zorgaanbieders deze kabinetsperiode herijkt en ingericht vanuit het perspectief van de consument, waarmee de bij de nieuwe situatie horende rechten en plichten van consumenten en zorgaanbieders eveneens wettelijk worden verankerd en het toezicht modern en sober wordt ingericht.
- Versterken rechtspositie cliënten en patiënten door toepassing geschilbeslechting
Geschilbeslechting biedt de patiënt/cliënt een toegankelijk alternatief voor de burgerlijke rechten. Daardoor wordt het voor de burger makkelijker om in voorkomende gevallen zijn of haar gelijk te halen. In de gezondheidszorg wordt geschilbeslechting tot op heden enkel toegepast in de ziekenhuiszorg. Het streven is in overleg met zorgaanbieders en patiënten-/cliëntenorganisaties te komen tot verbreding van geschilbeslechting naar andere zorgsectoren.
- Patiëntenorganisaties versterken
Organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen (PGO) vervullen belangrijke taken op het vlak van lotgenotencontact, belangenbehartiging en informatievoorziening. We willen de positie van deze organisaties versterken zodat zij in de nieuwe stelsels van zorg en maatschappelijke ondersteuning volwaardige gesprekspartners kunnen zijn van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere maatschappelijke organisaties. Wij stellen daarvoor bovenop de reguliere middelen (€ 28 miljoen) nog structureel € 10 miljoen extra beschikbaar. Tevens beogen wij met een nieuwe subsidiesystematiek beter aan te sluiten bij de diversiteit van het pgo-veld en meer samenwerking te stimuleren. Belangrijk onderdeel van deze nieuwe systematiek worden meerjarige programma's die gericht samenwerking stimuleren en organisaties ondersteunen bij hun ontwikkeling. Wij willen vier programma's instellen: kwaliteit en transparantie,

versterking en ondersteuning, maatschappelijke participatie en kennis en informatie over het zorgaanbod en over de rechten en plichten van cliënten en patiënten.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	7 143	7 147	7 150	7 150	7 150
<i>Onder andere:</i>					
NIVEL	4 321	4 332	4 335	4 335	4 335
Fonds PGO (exploitatiesubsidie)	1 842	1 842	1 842	1 842	1 842
Projectsubsidies	38	0	0	0	0
Opdrachten	9 298	6 652	6 666	5 666	5 666
<i>Onder andere:</i>					
Uitgaven voor opdrachten in het kader van het terugdringen van administratieve lasten, de vliegende brigade in de zorg, het vergroten van de invloed van de burger op zorgverlening en het vergroten van transparantie in de zorg.					
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	45 568	42 468	41 068	41 068	41 068
<i>Onder andere:</i>					
Verstrekken van subsidies via Fonds PGO	32 243	29 743	28 243	28 243	28 243
Versterking PGO-organisaties	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Bijdragen aan baten-lastendiensten	6 685	6 862	6 642	6 472	6 472
Dit betreft voor het grootste deel middelen die via RIVM in het kader van informatievoorziening (bijvoorbeeld www.kiesbeter.nl en de zorgbalans) worden ingezet.					
Totaal	68 732	63 129	61 526	60 356	60 356

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

43.3.2 Voor iedere cliënt is de voor hem of haar noodzakelijke zorg beschikbaar

Motivering

Motivering

Wij zijn verantwoordelijk voor de toegang van de zorg. Zorg is toegankelijk als:

- De cliënt snel weet waar hij aan toe is;
- De cliënt kan kiezen voor zorg in natura of voor een persoonsgebonden budget;
- De cliënt binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg ontvangt.

Om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren worden instrumenten ingezet die gericht zijn op de kwaliteit, de organisatie en de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling. Of en in welke mate de toegankelijkheid daadwerkelijk verbetert meten we aan de hand van indicatoren die betrekking hebben op de cliënttevredenheid.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. cliënttevredenheid over indicatiestelling CIZ	7,5	2006	8,0	8,5
2. % tevreden cliënten over zorgtoeleiding zorgkantoor	74%	2004	85%	90%
3. % cliënten dat binnen de Treeknormen zorg ontvangt	89%	2006	90%	95%
4. % indicatie-aanvragen dat is afgedaan binnen de wettelijke termijn (0 tot 6 weken)	89%	2006	90%	2010>95%

Bronnen:

1. Jaarverslag CIZ
2. NZa/CTG (2005): «Zorginkoop zorgkantoren»
3. CVZ AZR
4. Jaarverslag CVZ en CIZ

Toelichting:

1. De cliënttevredenheid bij de indicatiestelling wordt gemeten aan de hand van vragen over de bekendheid met het CIZ, de behandeltermijn en de begrijpelijkheid van de indicatie.
2. De cliënttevredenheid over de zorgtoeleiding wordt gemeten aan de hand van vragen over de bekendheid met zorginstellingen en de hulp van het zorgkantoor dat ook de PGB-regeling uitvoert. Zowel ten aanzien van het proces van indicatiestelling als van zorgtoeleiding stelt de zorgaanbieder bij de intake enkele vragen aan de cliënt. Daarbij komt ook de bekendheid met de website www.kiesbeter.nl aan de orde.
3. Bij het percentage cliënten dat wordt geholpen binnen de Treeknormen worden de cijfers geschoond van cliënten die kiezen voor een PGB of kiezen voor het wachten op een specifieke aanbieder van voorkeur.
4. De genoemde termijn vloeit voort uit de wettelijke termijn van maximaal 6 weken waarbinnen het CIZ op grond van de Awb een besluit moet nemen.

Instrumenten voor toegankelijke zorg

- **Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)**

Het CIZ wordt op basis van een activiteitenplan gesubsidieerd. Voor het jaar 2007 is aan het CIZ een instellingssubsidie in het vooruitzicht gesteld van € 128 miljoen, opgehoogd met € 7 miljoen in relatie tot de productie-cijfers. In 2008 is het bedrag van € 128 miljoen opnieuw vertrekpunt. Het uiteindelijke bedrag kan/zal lager zijn als gevolg van vereenvoudigingen in de uitvoering, en de beoogde efficiencyverbetering (efficiency taakstelling uit het coalitie-akkoord) en kan voorts variëren op basis van het noodzakelijk aantal indicatiebesluiten. In 2006 zijn 933 275 AWBZ indicaties gesteld. De prognose voor 2007 is 959 040 indicatiebesluiten. In 2008 en volgende jaren wordt het functioneren van het CIZ als landelijke uitvoerende organisatie geëvalueerd.

- **Uitvoering indicatiestelling**

De uitvoering van de indicatiestelling moet nog verder verbeteren. De uitvoeringsorganisatie en de werkwijze zullen worden aangepast (innovatietraject) aan de bestuurlijke maatregelen en inhoudelijke beleidswijzigingen. De uitkomsten van het onderzoek ter uitvoering van de motie van der Veen (kamerstukken 30 800 XVI, nr. 73) worden hierbij betrokken. In de uitvoeringspraktijk zal een duidelijker onderscheid worden gemaakt tussen het objectief en deskundig vaststellen van de beperking of aandoening enerzijds en anderzijds het bepalen van de daaraan verbonden omvang van de te leveren zorg. De objectieve en

deskundige vaststelling van de aandoening of beperking kan, mits geprotocolleerd, ook geschieden door deskundigen buiten het CIZ (huisartsen, wijkverpleegkundigen, CCE's, indicatiestellers voor onderwijs of arbeid voor gehandicapten). In 2006 is 10,9% van de indicaties uitgevoerd door zorgaanbieders onder mandaat van het CIZ, dat altijd zelf verantwoordelijk blijft voor het publiekrechtelijke indicatiebesluit.

- (P) Andere leveringsvormen dan zorg in natura
Mensen met een indicatie voor AWBZ zorg kunnen kiezen voor een pgb. Ultimo 2006 maakten 94 700 cliënten gebruik van een pgb (inclusief de functie huishoudelijke verzorging). Het gebruik van pgb's groeit sterk, met name bij jeugdigen met ggz indicatie. In 2 jaar is het aantal nieuwe budgethouders gestegen van 900 naar 1 900 per maand. Er zijn pilots in voorbereiding met een zogenaamd participatiebudget. Samen met SZW en OCW wordt bekeken of cliënten die zowel zorg nodig hebben als voorzieningen op het werk of op school gebaat zijn bij een samenvoeging van budgetten.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	130 350	130 350	130 350	122 350	122 350
Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)	128 000	128 000	128 000	120 000	120 000
Uitvoering TOG-regeling	2 350	2 350	2 350	2 350	2 350
Projectsubsidies	6 000	6 000	3 000	1 000	500
Programma innovatie indicatiestelling	5 000	5 000			
Invoering indicatiestelling in zorgzwaarte	1 000	1 000			
Opdrachten	1 974	3 778	3 877	576	576
<i>Onder andere</i>					
Ontwikkeling en evaluatie PGB	650	250	250		
Beleidsvaluatie indicatiestelling	650	450	450		
Totaal	138 324	140 128	137 227	123 926	123 426

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

43.3.3 De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)

Motivering

Motivering

Cliënten – meestal kwetsbaar – moeten er op kunnen rekenen dat de zorg goed is. Wij vinden de kwaliteit in orde als:

- de (keten van) zorg naar professionele maatstaven effectief is, wat zich onder meer uit in minder prevalentie van decubitus en ondervoeding;
- de (keten van) zorg en de omgeving waarin deze geleverd wordt naar professionele maatstaven veilig zijn;
- de cliënt de (keten van) zorg en de omgeving waarin die geleverd wordt positief ervaart;
- de cliënt uit voldoende verschillende aanbieders kan kiezen;
- de cliënt gelet op zijn omstandigheden voldoende privacy behoudt.

Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren worden instrumenten ingezet die gericht zijn op de effectiviteit en de veiligheid in de langdurige zorg. Of

en in welke mate de kwaliteit van zorg daadwerkelijk verbetert meten we aan de hand van de eerste drie onderstaande indicatoren. Door middel van de vierde indicator monitoren we de afbouw van meerbedskamers in verpleeghuizen.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. prevalentie decubitus	24,2%	2006	–	15%
2. prevalentie ondervoeding	41%	2006	–	20%
3. Percentage instellingen dat volgens oordelen van cliënten/bewoners een voldoende scoort voor de kwaliteit van zorg.	72%	2004	80%	90%
4. Aantal kamers voor meer dan twee personen	16 200	2006	–	0

Bronnen:

1. en 2. LPZ-meting
3. Zorgbalans 2004
4. CBS en VWS

Toelichting

1. en 2. Prevalentie van decubitus en ondervoeding zijn belangrijke thema's in het kwaliteitsbeleid voor de komende periode. Wij hebben gekozen voor streefwaarden voor de langere termijn omdat de effecten pas op langere termijn voldoende meetbaar zijn.
3. De genoemde indicator is in 2008 opgebouwd uit de meting naar cliënttevredenheid volgens de CQ-index en tot die tijd wordt de informatie verkregen van de Stichting Cliënt en kwaliteit
4. Wij formuleren van deze prestatie-indicatoren geen tussenwaarde gelet op de relatie tussen resultaten op termijn en de benodigde investeringen voor tussentijds onderzoek.

Instrumenten voor kwalitatief goede zorg

- (P) Extra financiële prikkel kwaliteitsverbeteringen

We willen de komende jaren 5 000 tot 6 000 extra verzorgenden en verpleegkundigen laten aantrekken voor verbetering van de kwaliteit van de zorg. Voorwaarde voor zorgaanbieders voor het verkrijgen van extra middelen is toename van het aantal contacturen (met 1% ten opzichte van 2004). Hiervoor is € 250 miljoen structureel beschikbaar.

- Implementatie indicatoren verantwoorde zorg

De implementatie van indicatoren voor verantwoorde zorg in elke sector is van groot belang om verdere stappen in de verbetering van kwaliteit te zetten. In 2008 wordt voor het eerst door de hele sector van verpleging, verzorging en thuiszorg verslag gedaan van de stand van de kwaliteit via het Jaardocument maatschappelijke verantwoording over 2007. In de gehandicaptensector zullen de uitkomsten van een pilot met de indicatoren bezien worden en zal verdere implementatie vorm moeten krijgen. Die verdere implementatie is ook aan de orde in de (langdurige) ggz. Voor dit project is € 1,1 miljoen beschikbaar.

- Zorgplan

Met ingang van 2008 zal een AMvB op basis van de Kwaliteitswet van kracht worden die het zorgplan verplicht stelt. Het zorgplan omvat de

concrete uitwerking van de manier waarop de cliënt de voor hem geïndiceerde zorg krijgt. De IGZ zal toezien op de naleving van deze verplichting.

- Innovatieprogramma's op het gebied van veiligheid van de zorg (o.a. programma veilige zorg)

De sinds 2006 lopende verbetertrajecten ten aanzien van decubitus, valpreventie, verantwoord eten en drinken en medicatieveiligheid in het kader van «Zorg voor beter» worden door ZonMW geëvalueerd. Daarnaast wordt het programma veilige zorg voor de langdurige zorg verder uitgewerkt. Dit programma wordt in het najaar van 2007 gepresenteerd.

- Zorgzwaartebekostiging

De bekostiging van instellingen naar zorgzwaarte van de cliënt wordt met ingang van 1 januari 2008 volledig ingevoerd. Voor de extramurale zorg zullen eveneens zorgpakketten worden voorbereid met het oog op invoering per 1 januari 2009. Om patiënten keuzemogelijkheden te bieden en zorg op maat te bevorderen en daarbij onnodige bureaucratie te vermijden zijn wij van plan te komen tot indicatie in zorgpakketten die aansluiten bij de behoefte van de cliënt. De bekostiging zal daarop worden afgestemd. Voor het project Zorgzwaartebekostiging is in 2008 € 6,3 miljoen beschikbaar gesteld.

- Palliatieve zorg en vrijwillige inzet

Om de palliatieve zorg te versterken ondersteunen wij de coördinatie van vrijwilligersactiviteiten. Hiervoor zetten wij ook in 2008 een subsidie-regeling in. Deze regeling zal in aansluiting op onze visie op palliatieve zorg worden herzien. Daarnaast zal de NZa met een integraal advies komen (€ 21,9 miljoen).

- Geriatrische zorg

Door de vergrijzing neemt het belang van een goede geriatrische discipline in de eerste lijn toe. Het actieplan dat in 2007 is ontwikkeld, wordt in 2008 geïmplementeerd, onder meer via een programma bij ZonMW (€ 10 miljoen).

- (P) Opvoedkundige ondersteuning gericht op kinderen met een handicap

Het ondersteuningsaanbod bij de opvoeding en verzorging van kinderen met een handicap wordt verruimd. Een verbeterde opvoedkundige hulp draagt namelijk bij aan het verminderen van de knelpunten in de AWBZ-zorg. Voor nieuwe initiatieven is een bedrag van € 10 miljoen beschikbaar.

- (P) Intensivering dagbesteding gehandicapten

In de toekomstagenda langdurige zorg die wij samen met het veld samenstellen is een intensivering in de dagbesteding van gehandicapten aangemerkt als speerpunt voor het oplossen van de knelpunten binnen de AWBZ-zorg. Het aanbod van dagbesteding voor gehandicapten wordt daarom verruimd. Daarvoor is een bedrag van € 40 miljoen beschikbaar.

- Centra voor Consultatie en Expertise

Wij continueren de ondersteuning voor de Centra voor Consultatie en Expertise. Via hen kan specifieke kennis en behandel- en ondersteuningsmethoden ingezet worden bij cliënten met complexe aandoeningen waar de eigen hulpverleners vastlopen in hun behandel- en ondersteuningsmogelijkheden (€ 13,1 miljoen).

- **Rechtszekerheid cliënten**

Begin 2008 zal een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer worden ingediend om de rechtszekerheid van cliënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking te borgen ten aanzien van vrijheidsbeneming en -beperking in niet-BOPZ situaties.

- **Stimuleringsregeling kleinschalig wonen**

Om de keuzemogelijkheden in woonvormen te vergroten komt er een stimuleringsregeling voor kleinschalig wonen. Samen met het ministerie van Wonen, Wijken en Integratie zal met de corporaties gesproken worden over hun inspanningen. De toepassing van het bouwregime zal worden beperkt zodat het eenvoudiger wordt om kleinschalige initiatieven te ontplooiën (€ 15 miljoen).

- **Integrale zorg thuis**

Het is het voornemen om het ook voor thuiszorginstellingen mogelijk te maken om verblijfszorg thuis (ook wel: integrale zorg thuis) te leveren. Het ingezette traject wordt in 2008 voortgezet. Hierdoor zal het eenvoudiger worden om ook zwaardere zorg thuis te blijven ontvangen. Daarnaast zal hiervan een verdere impuls uitgaan voor ontwikkeling van interessante woon-zorg combinaties buiten de bestaande AWBZ-instellingen om.

- **(P) Kamers verpleeghuizen**

In 2010 worden er geen cliënten meer verplicht om in meerpersoonskamers te wonen. Door middel van een uitvoerings- en monitorprogramma van de daartoe noodzakelijke maatregelen wordt er op toegezien dat ultimo 2010 de kamers voor meer dan 2 personen zijn of worden afgeschaft.

- **Ondersteuning van de zorgprofessional**

Meerdere initiatieven worden ontplooid om de zorgprofessional zijn positie als deskundige terug te geven. De professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden wordt onder andere gestimuleerd door projecten gericht op het verbeteren van de dialoog op de werkvloer binnen het zorgteam en de contacten tussen het zorgteam en cliënten zoals aangekondigd in de brief «Zorg voor Ouderen; om de kwaliteit van het bestaan». Dit is te meer van belang gelet op de functie van het zorgplan (€ 2,5 miljoen)

- **Ondersteuning van cliënten en patiënten in verpleeg- en verzorgingshuizen.**

Cliënten en patiënten moeten in staat worden gesteld om hun wensen en keuzes kenbaar te maken in hun contacten met zorgprofessionals in de zorginstellingen; zeker in het vooruitzicht van de zorgzwaartefinanciering. De middelen worden ingezet voor projecten gericht op het ontwikkelen van vormen van begeleiding, informatievoorziening en versterking van de ondersteuningsstructuren (€ 15 miljoen).

- **Monitor arbeidsmarkt zorg**

Vanuit de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en toegankelijkheid moet VWS alert blijven op zowel korte als lange termijnontwikkelingen op de arbeidsmarkt. VWS heeft hiervoor behoefte aan regelmatige geactualiseerde cijfers over de arbeidsmarkt in de zorg en welzijn. Hieraan wordt tegemoet gekomen door het meerjarige Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

- Arbeidsmarktbeleid Langdurige zorg

In overleg met het zorgveld wordt toegewerkt naar een actieplan arbeidsmarkt. Voor het bereiken van een positieve kentering worden in de jaren 2008 tot en met 2011 extra middelen beschikbaar gesteld (€ 44,8 miljoen in 2008 oplopend tot € 59,1 miljoen in 2011). In het actieplan zullen de volgende thema's worden opgenomen:

- Het vergroten van de instroom in opleiding en beroep;
- De verbetering van de organisatie van de personele inzet;
- Het verminderen van de uitstroom, het behoud van medewerkers;
- Het stimuleren van de professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden; aandacht voor dialoog op de werkvloer binnen het zorgteam en aandacht voor de relatie tussen verzorgende en cliënt is hierbij van belang;
- Het verspreiden van goede voorbeelden van het verhogen van contacturen tussen cliënt en verzorgende/verpleegkundige;
- Het toepassen van ICT en domotica om de (administratieve) lasten voor zorgmedewerkers te beperken en zo het werk doelmatiger te maken.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	29 690	29 673	29 673	29 673	29 673
Hersenletselteams	469	469	469	469	469
Landelijk Centrum CCE	13 100	13 100	13 100	13 100	13 100
Projecten palliatieve zorg	16 121	16 104	16 104	16 104	16 104
Projectsubsidies	104 257	112 737	130 612	128 362	15 424
Project zorgzwaartebekostiging	10 145				
Kwaliteitsverbetering palliatieve zorg	5 800	5 800	5 800	5 800	5 800
Mentorprojecten	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Kleinschalig wonen, domotica	15 000	20 000	30 000	30 000	
ZonMW programma Ouderenzorg	8 000	18 000	28 000	28 000	
Programma ondersteuning cliënten	15 000	10 000			
Professional	2 500	2 500	2 500	2 500	
Arbeidsmarktbeleid Langdurige zorg	44 812	53 437	61 312	59 062	
Opdrachten	12 500	15 714	20 824	20 824	8 500
<i>Onder andere:</i>					
Zorg voor Beter	3 700	3 600	3 100	3 100	
Zorg voor Beter academie	1 000	1 200	1 200	1 200	2 300
Indicatorentrajecten	1 900	1 900	1 900	1 900	600
Deltaplan GZ en GGZ	1 000	1 000	1 000	1 000	1 500
Opdrachtgeverschap WTZi	1 900	1 900	1 900	1 900	1 900
Bijdragen aan Zbo's/RWT's	2 330	2 000	2 000	2 000	0
Beheer AZR door CVZ	2 330	2 000	2 000	2 000	0
Totaal	148 777	160 124	183 109	180 859	53 597

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

43.3.4 De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar

Motivering

Motivering

De maatschappelijke aanvaardbaarheid van de kosten voor de langdurige zorg bepaalt de mate waarin de samenleving duurzaam bereid is solidariteit op te brengen voor voldoende zorg van goede kwaliteit. Door

de vergrijzing neemt de druk op deze solidariteit flink toe. Wij vinden de maatschappelijke kosten aanvaardbaar als:

- de premie niet te hoog is in relatie tot kwaliteit en capaciteit;
- het beroep op de arbeidsmarkt in overeenstemming is met de mogelijkheden gelet op de concurrentie met andere sectoren in de economie;
- mantelzorgers niet overmatig worden belast;
- de uitvoering van de AWBZ doelmatig is.

Daartoe zetten we instrumenten in voor:

- Herijken van het pakket van verzekerde aanspraken;
- Een goed werkend stelsel.

We meten de voortgang van het beleid aan de hand van de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
1. Beroepsbevolking werkzaam in de AWBZ-zorg	5,6%	2005	6,2%	<8% (2011)
2. Beheerste ontwikkeling AWBZ-uitgaven langdurige zorg (prijspeil 2007)	€ 22,5 miljard	2007	€ 20,2 miljard	€ 21,6 miljard (2011)

Bronnen:

1. Prismant RegioMarge (excl. GGZ en HV)
2. VWS

Toelichting:

2. De streefwaarden komen overeen met de bruto uitgaven onder het Budgettair Kader Zorg.

Instrumenten met betrekking tot de verzekerde aanspraken

- (P) Besluit Zorgaanspraken

De aanspraken op AWBZ-zorg zoals geformuleerd in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ en de beleidsregels en uitvoeringsprotocollen van het CIZ waarin de wijze van toekennen van die aanspraken is vastgelegd worden duidelijker geformuleerd. Doel is dat de zorg ook daadwerkelijk terecht komt bij degenen die daarop werkelijk zijn aangewezen.

- (P) Afspraken zorgaanbieders AWBZ

Met de branches van zorgaanbieders in de AWBZ is een gezamenlijke agenda voor de komende jaren afgesproken. Het gaat daarbij om meer keuzevrijheid voor de cliënten en om meer handelingsvrijheid voor de aanbieders als basis voor individueel maatwerk in het zorgplan. Ook wordt gestreefd naar een scherpe afbakening van de aanspraken en de toekenningscriteria. De ijklijnen van het beschikbaar gestelde budget bepalen daarvoor de randvoorwaarden. De rol van cliënten is binnen dat kader bepalend en vormt het uitgangspunt in het relatiebeheer. Daarnaast gelden als uitgangspunten: de verantwoordelijkheden van het Rijk (kaderstellend, innoverend, faciliterend en controlerend), van het CIZ (bepalen van zorgbehoefte, toegangsbewaking), de verzekeraars (zorgplicht, bewaken van de doelmatigheid) en de zorgaanbieders (kwaliteit leveren, cliëntgerichte en doeltreffende zorg)

- (P) Maatregelen care

Vanaf 2006 is sprake van een sterke toename van het zorggebruik met betrekking tot de ondersteunende begeleiding. Om deze groei af te remmen zullen in 2008 de aanspraken in het kader van de ondersteunende begeleiding worden aangescherpt.

Concreet wordt geen OB meer toegekend indien sprake is van een alleen somatische grondslag. Hierbij wordt een overgangstermijn van 1 jaar toegepast, waarbij het tarief voor deze groep met € 10 wordt verlaagd. Tevens worden cliënten met deze grondslag en een intensieve zorgbehoefte (bijvoorbeeld palliatieve zorg) van deze maatregel uitgezonderd (besparing in 2008: € 120 miljoen). Voor de extramurale tarieven wordt een vast tarief per klasse gehanteerd (besparing in 2008: € 115 miljoen). Tevens wordt vanaf 2008 een efficiencykorting doorgevoerd (netto opbrengst 2008: € 115 miljoen). Vanaf 2009 wordt een systeem van Best Practices ingevoerd. Het is gewenst dat de sector gedwongen wordt zich te spiegelen aan best practices. Uitgaande van het prijs/kwaliteitsniveau van de beste zorgleveranciers moet een bekostigingssysteem worden ontwikkeld waarbij goed presterende zorgaanbieders worden beloond en minder presterende zorgaanbieders worden gekort.

Om ongewenste verschuivingen van verantwoordelijkheden tussen de verschillende bestuurslagen tegen te gaan wordt bij de functie OB de grondslag psychosociaal geschrapt.

In 2009 zullen de eigen bijdragen worden aangescherpt in de AWBZ. Met gebruik van inkomens- en vermogenstoetsen zullen van meer draagkrachtige cliënten hogere eigen bijdragen voor de AWBZ worden gevraagd (opbrengst vanaf 2009: € 80 miljoen per jaar). Waar mogelijk worden incentives ingebouwd om onbedoeld gebruik te verminderen.

Instrumenten voor een goede werking van het stelsel

- Ruimte voor investeringen

Zorgaanbieders krijgen in 2009 meer ruimte om de zorg die de consument vraagt te leveren en ruimte om investeringen te doen die nodig zijn om de zorg conform de vraag te organiseren. De kosten die verband houden met investeringsbeslissingen zullen vanaf 1 januari 2009 voor eigen rekening en risico van de intramurale AWBZ-instellingen en ggz-instellingen komen. Vanaf 2009 zijn er integrale prijzen en tarieven (inclusief kapitaal-lastenvergoeding). Zorgaanbieders die goed presteren krijgen daardoor meer inkomsten om investeringen te bekostigen. Voor slecht presterende instellingen vormt dat een belangrijke financiële prikkel om zich te verbeteren. Een groot deel van de administratieve lasten als gevolg van bouw- en investeringsprocedures komt hiermee te vervallen.

- Advies Sociaal Economische Raad (SER) inzake de ontwikkelingen van de AWBZ

Aan de SER is een richtinggevend advies gevraagd over de ontwikkeling van de AWBZ op langere termijn en de daaruit voortvloeiende stappen voor de korte termijn. Dit advies wordt eind 2007 verwacht. Op basis daarvan zal beslist worden over de te nemen stappen om de inhoud en uitvoering van de AWBZ rechtvaardiger en doelmatiger te maken, in het bijzonder met het oog op de toekomst.

- Voorkomen extra administratieve lasten

De aanpak van bureaucratie, administratieve lasten en regeldruk wordt geïntensiveerd. Het jaar 2008 staat in het teken van het uitvoeren van actieplannen voor de cure- en de care-sector, zoals die in de zomer 2007 aan de Tweede Kamer zijn gestuurd. De aanpak richt zich op die zaken die

volgens betrokkenen de meeste lasten met zich meebrengen. Over één tot twee jaar wordt onder professionals in de zorg gemeten of zij merken dat de bureaucratie is verminderd. Hiervoor is € 3 miljoen beschikbaar.

- Rijksbijdrage AWBZ (bijdrage in de kosten van kortingen, BIKK). Doel is om de lagere premie-opbrengst als gevolg van de grondslagverkleining van de AWBZ bij de invoering van het nieuwe belastingstelsel 2003 te compenseren (€ 4,6 miljard).

Tabel geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	5 300	5 300	5 300	5 300	5 300
<i>Onder andere:</i>					
Landelijke kennisinstituten	5 237	5 237	5 237	5 237	5 237
Bejaardenpensions	37	37	37	37	37
Projectsubsidies	329	148	144	136	136
Rijksbijdragen	4 703 300	4 801 200	4 861 000	4 968 600	5 093 900
Rijksbijdrage BIKK	4 557 900	4 653 600	4 737 700	4 922 800	5 084 900
Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU)	145 400	147 600	123 300	45 800	9 000
Totaal	4 708 929	4 806 648	4 866 444	4 974 036	5 099 336

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

43.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	Indicatiestelling	43.3.2	A 2008 B 2010
	Wet Marktordening Gezondheidszorg	43.3.4	A 2007 B 2009
Effectonderzoek ex post	Verbetertrajecten in het kader van «Zorg voor beter»	43.3.3	A 2008 B 2009
	Update evaluatieonderzoek PGB 2006–2007	43.3.2	A 2008 B 2008
Overig evaluatieonderzoek	Patiëntenwetgeving	43.3.1	A 2007 B 2010
	WTZi	43.3.3	A 2007 B 2010

Artikel 44 Maatschappelijke ondersteuning

44.1 Algemene beleidsdoelstelling

Alle burgers participeren in de samenleving

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2008

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2008

Het coalitieakkoord, in het bijzonder de pijler «Sociale samenhang», en het beleidsprogramma «Samen werken, samen leven» benadrukken het belang van participatie, zelfredzaamheid, wederkerigheid en sociale samenhang. Dit zijn ook belangrijke elementen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) waarin het aangaan van verbindingen en participatie in de samenleving voor alle burgers centraal staan.

Voor 2008 richten wij ons, mede in het licht van het coalitieakkoord en het beleidsprogramma, op het behalen van concrete resultaten op onderstaande thema's:

Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden:

- Vernieuwingsprogramma Wmo (OD 44.3.1)
- Monitoren en evalueren van het gemeentelijk Wmo-beleid (OD 44.3.1)
- Verbeteren van de maatschappelijke participatie en sociale samenhang (OD 44.3.1)

Optimale benutting en inzet van vrijwilligers en mantelzorgers (Enveloppe Participatie, onderkant en armoede, hiervoor staat nog een bedrag van € 5 miljoen in 2008 gereserveerd op de aanvullende post van de begroting van het ministerie van Financiën. Besluitvorming over de toedeling van deze middelen over de begrotingen van VWS, LNV en OCW is nog niet afgerond):

- Vergroten van het aantal vrijwilligers (OD 44.3.2)
- Behoud van vrijwilligers en mantelzorgers (OD 44.3.2)

Verbeteren van de toegankelijkheid van algemene voorzieningen en realiseren van professionele ondersteuning:

- Uitbreiding Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) (OD 44.3.3)
- Voorbereiding goedkeurings- en uitvoeringswet VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap (OD 44.3.3)
- Verbeteren cliëntondersteuning door samenwerking MEE en gemeenten (OD 44.3.3)

Verbeteren tijdelijke ondersteuning (Enveloppe Capaciteit Veiligheidsketen en Preventie, hiervoor staat nog een bedrag gereserveerd op de aanvullende post van de begroting het ministerie van Financiën):

- Betere opvang en hulpverlening van slachtoffers van eengerelateerd geweld, genitale verminking en huiselijk geweld (OD 44.3.4)
- Uitbreiding van het aantal opvangplaatsen in de vrouwenopvang en verbeteren van de hulpverlening (OD 44.3.4)

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor de randvoorwaarden waarbinnen een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare maatschappelijke ondersteuning kan worden gerealiseerd, zowel voor als door burgers.

Externe factoren

Externe factoren

Het realiseren van een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare maatschappelijke ondersteuning vergt een samenspel van gemeenten, burgers en anderen, zoals zorgleveranciers, kennisinstututen, organisaties voor vrijwilligers, mantelzorgers, mensen met beperkingen of (psycho)sociale problemen. Wij stimuleren hen deze rol in te vullen onder meer door het verlenen van subsidies, het verspreiden van goede voorbeelden, en het verrichten van onderzoek.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Op dit moment bestaat geen goede algemene effectindicator voor maatschappelijke participatie. Wij hebben het NIVEL daarom subsidie gegeven om een participatiemonitor te ontwikkelen. Hiermee willen wij de beleidsresultaten volgen. De eerste monitor zal in 2008 gepubliceerd worden. Tevens hebben we in de komende jaren een aantal beleids-evaluaties gepland die voor aanvullend inzicht in de resultaten van beleid zullen zorgen.

44.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verplichtingen	363 016	579 689	533 556	536 812	535 901	532 409	530 503
Uitgaven	392 638	565 136	535 532	536 777	535 436	531 944	530 503
Programma-uitgaven	388 553	561 050	531 607	532 924	531 726	528 615	527 174
Actieve participatie in maatschappelijke verbanden	40 769	70 971	23 058	23 732	24 323	24 323	24 323
Vrijwillige ondersteuning door en voor burgers	21 083	85 861	79 544	80 149	80 427	80 427	80 427
Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen	87 641	71 781	85 438	84 355	84 043	83 043	83 043
Tijdelijke ondersteuning van burgers met (psycho) sociale problemen	239 060	332 437	343 567	344 688	342 933	340 822	339 381
Apparaatsuitgaven	4 085	4 086	3 925	3 853	3 710	3 329	3 329
Ontvangsten	3 878	70	-	-	-	-	-

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Actieve participatie in maatschappelijke verbanden</i>					
juridisch verplicht	23 058	23 732	24 323	24 323	24 323
bestuurlijk gebonden	11 158	10 860	10 854	10 854	10 854
niet verplicht/bestuurlijk gebonden	11 400	12 240	12 340	12 340	12 340
	500	632	1 129	1 129	1 129
<i>Vrijwillige ondersteuning voor en door burgers</i>					
juridisch verplicht	79 544	80 149	80 427	80 427	80 427
bestuurlijk gebonden	75 837	70 216	70 205	70 205	70 205
niet verplicht/bestuurlijk gebonden	3 507	9 700	9 850	9 850	9 850
	200	233	372	372	372
<i>Prof. ondersteuning voor burgers met beperkingen</i>					
juridisch verplicht	85 438	84 355	84 043	83 043	83 043
bestuurlijk gebonden	83 729	82 523	82 411	82 408	82 408
niet verplicht/bestuurlijk gebonden	1 487	994	732	135	135
	222	838	900	500	500
<i>Tijdelijke ondersteuning van burgers met (psycho) sociale problemen</i>					
juridisch verplicht	343 567	344 688	342 933	340 822	339 381
bestuurlijk gebonden	340 777	342 173	340 353	337 853	336 353
niet verplicht/bestuurlijk gebonden	2 690	2 300	2 270	2 250	2 000
	100	215	310	719	1 028

Premie-uitgaven:

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MEE-instellingen	162,3	160,1	163,5	167,2	171,0	175,1	175,1
Totaal	162,3	160,1	163,5	167,2	171,0	175,1	175,1
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		- 1,4%	2,1%	2,3%	2,3%	2,4%	0,0%

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van maatschappelijke ondersteuning. In de beschikbare middelen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming van de eerste suppletore wet 2007 en de miljoenennota 2008 verwerkt. Voor 2007 is de loon-prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2008 en latere jaren de loon-prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

44.3 Operationele doelstellingen

Er zijn vier operationele doelstellingen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning:

1. Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden;
2. Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning;
3. Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning;

4. Burgers met (psycho)sociale problemen kunnen gebruik maken van tijdelijke ondersteuning.

44.3.1 Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden

Motivering

Motivering

Wij hebben als primair doel om er samen met gemeenten er voor zorg te dragen dat de participatie van burgers in de samenleving wordt gestimuleerd. Burgers gaan verbindingen met elkaar aan en er ontstaan sociale verbanden. Gemeenten worden ondersteund om op vernieuwende wijze integraal beleid te ontwikkelen en uit te voeren en waarbij verbindingen gelegd worden tussen prestatievelden van de Wmo en aanpalende beleidsvelden.

In 2007 heeft het accent vooral gelegen op het ondersteunen van het beleid gericht op individuele voorzieningen voor burgers met beperkingen, zoals de hulp bij het huishouden. In 2008 willen wij meer recht doen aan de kern van ons beleid, namelijk gemeenten ondersteunen bij de verbreding van de Wmo tot een echte participatiewet. Op deze wijze leveren wij een bijdrage aan de doelstellingen van het Coalitieakkoord en het beleidsprogramma en in het bijzonder aan de pijler «Sociale samenhang».

Hiertoe zetten we een aantal instrumenten in ten behoeve van:

- het ondersteunen en stimuleren van gemeentelijk Wmo beleid;
- het verbeteren van de maatschappelijke participatie van burgers.

We meten de voortgang van ons beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. Aantal gemeenten waar één of meerdere Wmo beleidsplannen zijn vastgesteld	–	–	443	443 (2011)
2. Aantal wijkplannen in het actieplan krachtwijken dat specifiek ingaat op versterken van «sociale samenhang»	–	–	10	20 (2011)

Bronnen

1. Onderzoek Sociaal Cultureel Planbureau in kader van monitoring en evaluatie Wmo
2. Wijkactieplannen Krachtwijken

Instrumenten voor het ondersteunen en stimuleren van (vernieuwing van) gemeentelijke Wmo-beleid

- Vernieuwingsprogramma

Om gemeenten te ondersteunen bij de vernieuwing van het Wmo-beleid worden trends onderzocht en scenario's beschreven van maatschappelijke en economische ontwikkelingen die op de middellange termijn de participatie van burgers beïnvloeden en die relevant zijn voor het uit te voeren beleid. Tevens worden nieuwe aanpakken van inhoudelijke en bestuurlijke thema's ontwikkeld die bruikbaar zijn voor het beleid gericht op maatschappelijke participatie.

Verder laten we sociale interventies wetenschappelijk toetsen op effectiviteit. Gemeenten hebben daarmee een instrument in handen om de kwaliteit van de uitvoerder en de voorgenomen interventies te toetsen. Tenslotte worden kwaliteitsstandaarden ontwikkeld voor de wijze waarop veel voorkomende maatschappelijke vraagstukken het meest succesvol kunnen worden aangepakt. Om ervoor te zorgen dat die effectieve interventies en kwaliteitsstandaarden ook daadwerkelijk worden toegepast zullen ze worden opgenomen in de opleidingsprogramma's van onderwijsinstellingen en gebruikt bij de deskundigheidsbevordering van professionals.

Voor het vernieuwingsprogramma geven we subsidie aan Verwey Jonkerinstituut, ZonMw en Movisie (€ 2,8 miljoen).

- Verspreiden kennis Wmo

Movisie ontvangt een subsidie (€ 8 miljoen) voor het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis op het terrein van de Wmo en aanpalende terreinen.

- Monitoring en evaluatie Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning bepaalt dat gemeenten jaarlijks gegevens verzamelen over de resultaten van het gevoerde beleid en de tevredenheid van hun burgers. Eind 2008 zullen wij deze prestaties van gemeenten landelijk publiceren. In 2008 zullen ook activiteiten plaatsvinden in het kader van de eerste evaluatie van de Wmo, die in 2009 zal verschijnen en door het SCP zal worden uitgevoerd (€ 1,5 miljoen). Zo worden in 2008 de beleidsontwikkelingen bij gemeenten periodiek gemonitord. Tevens wordt informatie verzameld over de maatschappelijke participatie van burgers door onderzoek te doen onder diverse doelgroepen van het Wmo-beleid en via landelijke cliëntenpanels.

- Ondersteuning gemeenten

Ondersteuning van gemeenten bij de uitvoering van het Wmo-beleid. Gemeenten, maatschappelijke organisaties en deskundigen op het gebied van de Wmo worden met elkaar in contact gebracht voor informatie-uitwisseling over goede praktijkvoorbeelden. Er wordt praktische ondersteuning geboden, er wordt informatie verspreid via onder meer de website www.invoeringwmo.nl en er worden bijeenkomsten georganiseerd. Daarbij is het van belang op welke manier er in het gemeentelijk Wmo-beleid aandacht wordt besteed aan de toegankelijkheid van algemene voorzieningen voor mensen met beperkingen en de opbouw van PGB-tarieven (€ 1,5 miljoen).

Instrumenten voor het verbeteren van de maatschappelijke participatie van burgers

- Leefbaarheid en sociale samenhang

Subsidie voor een aantal programma's over leefbaarheid en sociale samenhang, zoals de Wmo-wijkeraanpak waarin 9 wijken op de voet worden gevolgd in hun aanpak. De opgedane ervaringen worden via nieuwsbrieven en handreikingen overgedragen aan andere gemeenten (€ 0,45 miljoen).

Daarnaast werken wij samen met WWI aan het WWI-actieplan Krachtwijken en onderzoeken we de kosten en baten van een gebiedsgerichte aanpak.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies	10 854	10 854	10 854	10 854	10 854
<i>Onder andere:</i>					
Movisie	8 050	8 050	8 050	8 050	8 050
Stimulans	865	865	865	865	865
Projectsubsidies	5 364	5 738	6 329	6 329	6 329
<i>Onder andere:</i>					
Leefbaarheid	450	350	350	350	350
Aktieplan krachtwijken	600	800	600		
Vernieuwingsprogramma Wmo	2 800	2 700	2 700	2 700	2 700
Ondersteuning gemeenten	1 500	860	860	760	760
Opdrachten	1 800	2 100	2 100	2 100	2 100
<i>Onder andere:</i>					
CBS	60				
Evaluatie Wmo	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Monitoring Wmo	200	500	500	500	500
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken	5 040	5 040	5 040	5 040	5 040
Naar BVK (gezond in de stad + kenniscentrum GSB)	5 040	5 040	5 040	5 040	5 040
Totaal	23 058	23 732	24 323	24 323	24 323

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

44.3.2. Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning

Motivering

Motivering

Mensen die er niet voldoende in slagen om voor zichzelf te zorgen of te participeren, moeten gebruik kunnen maken van ondersteuning door vrijwilligers of mantelzorgers. Op basis van de Wmo is dit primair de taak van gemeenten. Voor een toekomstbestendig rijksbeleid op het terrein van mantelzorg en vrijwillige inzet voor de komende jaren is het SCP gevraagd twee toekomstverkenningen uit te voeren. Op basis van deze toekomstverkenningen is een meerjarenaanpak vrijwillige inzet en mantelzorg ontwikkeld. Deze zal in oktober naar de Tweede Kamer worden gezonden.

Doel hiervan is het vergroten van het aantal vrijwilligers en – gezien een aantal door het SCP geconstateerde onzekere factoren – het behoud van het aantal mantelzorgers. Dit doen we via twee wegen:

- verspreiden van kennis over mantelzorg en vrijwillige inzet
- versterken lokale ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers- (organisaties)

We meten de voortgang van ons beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. Aantal mantelzorgers	2,4 miljoen		2,4 miljoen	2,4 miljoen
2. Deelname aan vrijwillige inzet	31%		31%	> 31%

Bronnen

1. en 2. SCP

Toelichting:

Over de inzet van de enveloppe voor maatschappelijke stages en vrijwilligerswerk om het aantal vrijwilligers en mantelzorgers substantieel uit te breiden (doelstelling 35 *Samen werken samen leven*) wordt nog overleg gevoerd met de Minister van OCW.

Instrumenten voor het vergroten van het aantal vrijwilligers en het behoud van het aantal mantelzorgers door het bieden van ondersteuning

- Verspreiden van kennis over mantelzorg en vrijwillige inzet
Subsidie aan Movisie/NOV (zie OD1), Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ) en Mezzo met als doel informatie te verzamelen en goede voorbeelden verspreiden om het aantal mantelzorgers en vrijwilligers te vergroten. EIZ en Mezzo geven advies en stellen handreikingen op, bijvoorbeeld voor het verbeteren en verminderen van wet- en regelgeving voor mantelzorgers, voor de wijze van het aanboren van nieuwe groepen, voor het verbinden van vrijwilligers- en mantelzorgbeleid met wijkaanpak, voor het vergroten van de mogelijkheden van het combineren van arbeid en mantelzorg/vrijwilligersbeleid en het vergroten van de bekendheid van respijtzorg. Mezzo ontvangt tevens subsidie voor het ondersteunen van netwerken van mantelzorgers (Mezzo € 3,2 miljoen). In 2008 ontvangen de VTA-instituten voor de laatste maal subsidie van VWS voor deskundigheidsbevordering van vrijwilligers. In 2008 wordt de deskundigheidsbevordering vrijwilligers geëvalueerd in het licht van het nieuwe model deskundigheidsbevordering dat zich kenmerkt door decentralisatie en vraggerichtheid.
- Versterken lokale ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers (organisaties)
Het kabinet zet in de periode 2008 tot en met 2011 jaarlijks € 4 miljoen in om de lokale ondersteuning van mantelzorgers en van vrijwilligers te versterken. Dit geld zal onder meer worden ingezet voor activiteiten die erop zijn gericht de kwaliteit van de ondersteuning te verhogen, voor activiteiten die zijn bedoeld om de combinatie van arbeid en zorg te faciliteren, voor het versterken van het vrijwilligerswerk in zorginstellingen. Om de doelstellingen van het beleid te kunnen realiseren is samenwerking met anderen noodzakelijk. Daartoe zullen we verbindingen leggen met andere overheden en bedrijven.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies	9 348	4 104	4 104	4 104	4 104
<i>Onder andere:</i>					
Mezzo, Rode Kruis, Zonnebloem en VIA-instellingen	9 348	4 104	4 104	4 104	4 104
Stimuleringsregeling Mantelzorgers	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
Vergoeding aan mantelzorgers	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
Projectsubsidies	5 196	11 045	11 323	11 323	11 323
<i>Onder andere:</i>					
Kennisverwerken/verspreiden mbt mantelzorg	600	600	600	600	600
Deskundigheidsbevordering vrijwillige inzet		5 000	5 000	5 000	5 000
Vergroten aantal en versterken vrijwillige inzet en mantelzorg	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
Totaal	79 544	80 149	80 427	80 427	80 427

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

44.3.3 Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning

Motivering

Motivering

In het coalitieakkoord legt het kabinet de nadruk op participatie door alle doelgroepen en op de uitbreiding van de werkingsfeer van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz). Mensen met een beperking, die er niet in slagen om voor zichzelf te zorgen of maatschappelijk te participeren en die geen gebruik kunnen of willen maken van vrijwilligers of mantelzorgers, moeten gebruik kunnen maken van professionele ondersteuning, vooral op lokaal niveau. Tevens moeten zij, op voet van gelijkheid, gebruik kunnen maken van specifieke en algemene voorzieningen om de deelname aan het maatschappelijk verkeer mogelijk te maken. Om de ambities uit het coalitieakkoord te verwezenlijken richten wij ons op:

- Het verbeteren van de bruikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen
- Het verbeteren van de positie van mensen met een beperking
- Het verbeteren van de lokale belangenbehartiging en inspraak van (kwetsbare) burgers

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
1. Klanttevredenheid over Valys	8,1	2005	> 8,1	> 8,1
2. Aantal Valyspashouders dat daadwerkelijk reist	60%	2005	70%	>70%
3. Aantal gemeenten dat samenwerking aangaat met MEE	–	–	250	250

Bronnen

1. Jaarlijks tevredenheidsonderzoek
2. Managementinformatie Valys

Instrumenten voor verbetering van de bruikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen

- **Bovenregionaal vervoer gehandicapten (Valys)**

Valys 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 Wmo-vervoer. In 2008 besteden we bijzondere aandacht aan de kwaliteit van het vervoer en de beheersbaarheid van de uitgaven (€ 56,8 miljoen).

- **Doelgroepenvervoer**

Doel is te komen tot één loket, een eenvoudiger en klantvriendelijker indicatiestelling en een doelmatiger organisatie en uitvoering van het doelgroepenvervoer. Daartoe verkennen we de bundeling van specifiek doelgroepenvervoer op lokaal niveau. Dit doen we samen met het ministerie van Verkeer en Waterstaat (V&W), gemeenten, stadsregio's en provincies. Samen met V&W ondersteunen we bovendien pilots gericht op doelmatige organisatie en uitvoering binnen de gemeenten en op samenwerking bij doelgroepenvervoer en openbaar vervoer. (€ 0,3 miljoen).

- **Wonen met zorg en welzijn**

In 2008 werken we samen met de minister van WWI en partijen in het veld het actieplan Wonen met welzijn en zorg uit. We stimuleren variatie in woonvormen voor mensen met een zorgvraag, de totstandkoming van voldoende geschikte woningen en zorg en ondersteuning op maat. Daarnaast stimuleren we dat in wijkservicecentra informatieuitwisseling, ontmoeting en serviceverlening plaatsvindt. Hierdoor kan de samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaren binnen de eerste lijn (gemeente, GGD en eerstelijnsgezondheidszorg) worden bevorderd. Tevens levert het een bijdrage aan de generatiebestendigheid van wijken (€ 0,62 miljoen).

Instrumenten om de positie van mensen met een beperking te verbeteren

- **Uitbreiding Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz)**

In 2008 evalueren we de Wgbh/cz en bereiden we het kabinetsstandpunt voor over uitbreiding van de Wgbh/cz met het terrein van het openbaar vervoer en het gehele terrein van het aanbieden van goederen en diensten. Daarnaast werken we aan de uitbreiding van de wet met primair en voortgezet onderwijs, en met wonen.

Tevens geven we voorlichting, stimuleren we zelfregulering en voegen we een landelijke kennisfunctie over gelijke behandeling van handicap en chronische ziekte toe aan bestaande kennisstructuren (€ 0,9 miljoen).

- **VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap**

De goedkeuringswet en de uitvoeringswet van het VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap wordt in 2008 voorbereid (€ 0,1 miljoen).

- Gelijke behandeling op lokaal niveau
Om de werkzaamheden en kennis van de Taskforce Handicap en Samenleving (TFHS) te borgen organiseren we een debatreeks tussen gehandicaptenplatforms en gemeentebesturen. Deze debatten bieden gemeentebesturen inzicht in de positie van mensen met beperkingen en wijzen hen op verbetermogelijkheden (€ 0,5 miljoen).
- Financiële ondersteuning chronische zieken en gehandicapten
Ontwerpen van een regeling voor tegemoetkoming van chronische zieken en gehandicapten. In het coalitieakkoord is opgenomen dat de fiscale regeling Buitengewone uitgaven (BU) en de tegemoetkoming buitengewone uitgaven (TBU) worden beëindigd. De uitwerking is opgenomen in het belastingplan 2008 van het ministerie van Financiën.

Instrumenten om de lokale belangenbehartiging en inspraak van (kwetsbare) burgers te verbeteren

- (P) Cliëntondersteuning mensen met beperking
MEE-organisaties bieden cliëntondersteuning aan mensen met een beperking. Daarvoor ontvangen zij subsidie van het College voor Zorgverzekeringen op basis van de AWBZ (budget € 163,5 miljoen). Vanaf 2008 is in de subsidievoorwaarden opgenomen dat MEE-organisaties moeten samenwerken met gemeenten.
- Lokale cliëntenparticipatie
Het verbeteren van de lokale inspraak van (kwetsbare) burgers in het gemeentelijke Wmo-beleid loopt via het fonds PGO. De middelen hiervoor worden geraamd op artikel 43, onder de eerste doelstelling. Van het daar genoemde budget is in 2008 € 2 miljoen bestemd voor de GGZ en € 2 miljoen voor de Regionale Patiënten en Consumenten Platforms (RPCP's).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Projectsubsidies	85 438	84 355	84 043	83 043	83 043
<i>Onder andere:</i>					
doelgroepenvervoer	300	200	100		
VN-verdrag	75	75	75	75	75
Bovenregionaal vervoer (Valys)	56 803	56 803	56 803	56 803	56 803
Woningaanpassingen	24 993	24 993	24 993	24 993	24 993
Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken	912	662	612	612	612
Wonen met zorg en welzijn	620	540	540	540	540
Taskforce handicap en samenleving	500				
Totaal	85 438	84 355	84 043	83 043	83 043

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

Toelichting:

De middelen voor woningaanpassingen maken sinds 1 januari 2007 onderdeel uit van het Wmo budget. VWS moet lopende declaraties nog afhandelen. Daarom is nog budget gereserveerd.

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

Motivering

Motivering

Mensen die al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten of dreigen te verliezen en die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving hebben soms tijdelijk onderdak nodig of individuele ondersteuning, begeleiding, informatie of advies, of een combinatie daarvan. Deze mensen kunnen terecht in de maatschappelijke opvang of de vrouwenopvang.

In de afgelopen jaren is een grote uitdaging ontstaan op dit dossier. De diversiteit en de complexiteit van de problematiek van slachtoffers van huiselijk en eengerelateerd geweld is onder meer toegenomen door internationalisering, de multiculturele samenleving en de verharding van de maatschappij. Slachtoffers zijn naast vrouwen ook mannen en kinderen. Door toenemende aandacht voor deze problematiek neemt ook de vraag naar opvang en hulp toe. Daarnaast zijn de slachtoffers kwetsbaarder dan vroeger doordat sprake is van multiproblematiek: slachtoffers zijn veelal laag opgeleid, hebben schulden, psychische en andere problemen. De opvang en hulpverlening is hier nog niet goed op toegesneden. Dit maakt dat we flink gaan investeren in de kwantiteit en de kwaliteit van de opvang. Het betreft een sterke financiële impuls in de uitbreiding van het aantal plaatsen in de opvang, veiliger plaatsen, en betere hulpverlening aan slachtoffers van eengerelateerd geweld, genitale verminking en huiselijk geweld.

Voor het bovenstaande worden daarom instrumenten ingezet op de volgende terreinen:

- Voorkomen van genitale verminking;
- Het verbeteren van opvang en hulpverlening aan slachtoffers van eengerelateerd geweld, genitale verminking en huiselijk geweld;
- Het uitvoeren en uitbreiden van het Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang Rijk-G4 en het uitbreiden ervan naar overige centrumgemeenten.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn (2011)
1. Uitbreiding van het aantal opvangplaatsen (alle doelgroepen)			+ 100	+ 500 structureel
2. Aantal centrumgemeenten met een Plan van aanpak maatschappelijke opvang	4	2006	43	43

Bronnen:

1. De nog te maken afspraken met centrumgemeenten
2. De door de centrumgemeenten ingediende plannen van aanpak

Instrument ter voorkoming van genitale verminking

- (Internationale) preventie

Ter voorkoming van genitale verminking, besteden we in 2008 specifieke aandacht aan internationale agendering van het feit dat genitale vermin-

king een zeer ernstige vorm van kindermishandeling en eengerelateerd geweld is en actief dient te worden bestreden. Internationale preventie staat hierbij centraal; vooral omdat het delict veelal plaatsvindt in het land van herkomst. Daarnaast continueren we de pilots op het gebied van voorkomen van genitale verminking (€ 1,1 miljoen).

Instrumenten ter verbetering van opvang en hulpverlening aan slachtoffers van eengerelateerd geweld en huiselijk geweld (€ 17,9 miljoen)

- **Betere hulpverlening**

We bieden slachtoffers betere hulp door verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening. Hiervoor ontwikkelen we een kwaliteitskader voor centrumgemeenten en vrouwenopvang en komt er een gestandaardiseerde intake voor het bepalen van een hulpverleningsplan. Hier gaat het ook om een goede afstemming tussen de vrouwenopvang en de jeugd- en zorgsector.

- **Eerdere en snellere hulpverlening**

We bieden slachtoffers eerdere en snellere hulpverlening door versterking van de ASHG's voor vroegsignalering, 24-uurs bereikbaarheid en de inzet van interventieteams voor hulpverlening bij huisverboden.

- **Tijdelijk Huisverbod**

In het kader van de Wet Tijdelijk Huisverbod versterken we de opvang van daders. Ook hier gaat het zowel om investeringen in opvangplaatsen voor daders als om hulpverlening.

- **Opvang van slachtoffers**

In 2008 breiden we het aantal opvangplaatsen voor slachtoffers (mannen, vrouwen en kinderen) van eengerelateerd geweld, huiselijk geweld en mensenhandel uit. Het gaat om 100 plaatsen per jaar, zodat er structureel 500 opvangplaatsen extra komen. Deze opvangplaatsen zijn bestemd voor slachtoffers van eerwraak, huiselijk geweld en mensenhandel (minderjarige jongens en meisjes, vrouwen en mannen).

Instrumenten ten behoeve van het uitvoeren van het plan van aanpak Maatschappelijke Opvang Rijk-G4 en het uitbreiden ervan naar overige centrumgemeenten.

- **Plan van aanpak Maatschappelijke opvang**

We monitoren de uitvoering van het Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang Rijk-G4 en ondersteunen de uitvoering van het plan van aanpak door overige centrumgemeenten voor, in samenwerking met de VNG. Doelstelling is dat de 43 centrumgemeenten uiterlijk in april 2008 een plan van aanpak hebben om in zeven jaar alle daklozen in hun verzorgingsgebied in een traject te hebben.

Daarnaast wordt een besluit genomen over de verdeelsleutel voor de maatschappelijke opvang.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies	864	864	864	864	864
<i>Onder andere:</i>					
Stg.Korrelatie	634	634	634	634	634
SOS telefonische Hulpdiensten	220	220	220	220	220
Projecten	1 050	620	300	300	300
Vrouwelijke Genetale Verminking	1 050	620	300	300	300
Opdrachten	600	600	600	600	600
Eergerelateerd geweld	100	100	100	100	100
Kwetsbare groepen in de opvang	500	500	500	500	500
Specifieke Uitkeringen	341 053	342 604	341 169	339 058	337 617
<i>Onder andere:</i>					
MO/VZ en VO GSB en overige steden	297 477	297 477	297 477	297 477	297 477
Voorkomen eerwraak, genitale verminking, huiselijk geweld, vrouwenopvang, Wet tijdelijk huisverbod en middelen enveloppe Capaciteit					
veiligheidsketen en preventie	17 925	24 825	27 325	29 825	32 325
Verdeelsleutel MO	18 000	13 000	9 000	4 000	
Totaal	343 567	344 688	342 933	340 822	339 381

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

44.4 Overzicht beleidsonderzoeken

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Beleidsdoorlichting	Evaluatie Wmo	Alle doelstellingen	A. 2008 B. 2010
Effectonderzoek ex post	Evaluatie Kennisbeleid	44.3.1	A. 2007 B. 2010
	Evaluatie mantelzorgregeling	44.3.2	A. 2008 B. 2008
	Evaluatie deskundigheidsbevordering vrijwilligers	44.3.2	A. 2008 B. 2008
	Evaluatie Wgbh/cz	44.3.3	A. 2008 B. 2008

Artikel 46 Sport

46.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2008

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2008

Het Kabinet ziet sport als een bindende factor in de samenleving, omdat het bijdraagt aan belangrijke doelen op het terrein van gezondheid, veiligheid, ontwikkeling van wederzijds respect, integratie en maatschappelijke binding. We willen de grote maatschappelijke waarde van de sport nog beter benutten. Sport heeft daar bovenop ook een belangrijke intrinsieke waarde: het is leuk om te doen en om bij betrokken te zijn als vrijwilliger of supporter. Investeren in de sport achten we daarom van essentieel belang. Daarbij bouwen we voort op de beleidsplannen uit de nota *Tijd voor sport, Bewegen, Meedoen, Presteren* kamerstukken 30 234, nr. 2.

In de brief *Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007–2010* kamerstukken 30 800 XVI, nr. 138 en in het Beleidsprogramma *Samen werken samen leven* lichten we de belangrijke positie van de sport(verenigingen) verder toe. In deze begroting geven we op hoofdlijnen aan wat we willen bereiken en wat we daarvoor in 2008 gaan doen. In oktober van dit jaar werken we onze beleidsvoornemens en ambities voor de Kabinetsperiode uit in een Beleidsbrief Sport.

De belangrijkste beleidsonderwerpen in 2008 zijn:

- Stimuleren van beweging en tegengaan van inactiviteit, met speciale aandacht voor de jeugd (46.3.1);
- Zorgen dat jongeren dagelijks kunnen sporten en bewegen, binnen en buiten de schooluren (46.3.2);
- Mogelijk maken dat talenten kunnen excelleren op internationaal niveau (46.3.3).

Daarnaast zullen we in de Beleidsbrief Sport nieuw beleid uitwerken voor:

- Het stimuleren dat gehandicapten meer sporten en bewegen (46.3.2).
- Het bevorderen van sportiviteit en respect door middel van sport (46.3.2).
- Het benutten van de sport voor het realiseren van de Millennium Ontwikkelingsdoelen van de Verenigde Naties (VN) (46.3.2). In oktober 2007 doen wij u over dit onderwerp eveneens een gezamenlijke beleidsnotitie van ons en de Minister voor Ontwikkelingssamenwerking toekomen.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor:

- het bevorderen van een actieve en daarmee gezonde 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 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.

Externe factoren

Externe factoren

Voor een succesvolle uitvoering van het beleid is de inzet van veel verschillende partijen essentieel. Met deze partijen werken we dan ook intensief samen op de verschillende beleidsdoelstellingen. De sportsector zelf bestaat uit een breed netwerk van zeer diverse organisaties, opgericht en in stand gehouden door burgers zelf. De sportbeoefening, zowel in de top als op recreatief niveau, wordt voor een belangrijk deel mogelijk gemaakt door deze private organisaties. Een belangrijke positie wordt ingenomen door de gemeenten. Zij zijn verantwoordelijk voor het lokale sportbeleid, waaronder het accommodatiebeleid. Een steeds belangrijker rol is weggelegd voor scholen en organisaties in de naschoolse opvang. Ook maken we gebruik van kennisinstituten en onderzoeksinstellingen bij de uitvoering van het beleid. Tot slot werken we bij de uitvoering van het beleid samen met andere departementen, waaronder de ministeries van OCW en BZK.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

We meten de voortgang van het beleid met de hieronder opgenomen prestatie-indicator. Daarnaast monitoren we de uitvoering van de nota Tijd voor sport, Bewegen, Meedoen, Presteren (kamerstukken 30 234, nr. 2).

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde lange termijn
Percentage van de Nederlandse bevolking dat minimaal twaalf keer per jaar aan sport doet.	60%	2003	65%	65% (2010)

Toelichting

Deze indicator geeft aan hoe sportief de Nederlandse samenleving is.

De bron van deze indicator is het Aanvullend 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.

Overigens hebben alle indicatoren in dit artikel een lange termijn streefwaarde voor 2010. Bij het opstellen van de Beleidsbrief Sport, die in oktober zal verschijnen, wordt bezien of de lange termijn streefwaarde aangepast moet worden en of de termijn met één jaar verlengd moet worden, zodat deze aansluit op de huidige Kabinetsperiode.

Omdat er sprake is van lange termijn doelstellingen, zijn geen tussen streefwaarden voor 2008 opgenomen. 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.

46.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verplichtingen	203 893	94 516	74 068	81 691	84 249	109 158	114 951
Uitgaven	118 546	102 309	117 444	121 297	121 582	114 951	114 951
Programma-uitgaven	116 207	99 770	114 974	119 173	119 563	113 141	113 141
Gezond door sport	6 636	10 087	18 763	22 330	23 503	24 672	24 772
Meedoen door sport	71 300	68 251	68 584	69 216	68 433	60 892	63 292
Sport aan de top	38 271	21 432	27 627	27 627	27 627	27 577	25 077
Apparaatsuitgaven	2 339	2 539	2 470	2 124	2 019	1 810	1 810
Ontvangsten	999	870	870	870	870	870	870

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012
<i>1 Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid</i>	<i>18 763</i>	<i>22 330</i>	<i>23 503</i>	<i>24 672</i>	<i>24 772</i>
– Juridisch verplicht	17 480	19 741	20 250	20 700	1 950
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 283	2 589	3 253	3 972	22 822
<i>2 Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om</i>	<i>68 584</i>	<i>69 216</i>	<i>68 433</i>	<i>60 892</i>	<i>63 292</i>
– Juridisch verplicht	54 583	47 742	45 123	19 164	15 214
– Bestuurlijk gebonden	12 540	14 629	15 834	15 834	20 834
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 461	6 845	7 476	25 894	27 244
<i>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</i>	<i>27 627</i>	<i>27 627</i>	<i>27 627</i>	<i>27 577</i>	<i>25 077</i>
– Juridisch verplicht	25 842	20 022	18 591	12 988	8 982
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 785	7 605	9 036	14 589	16 095

Toelichting

De bedragen opgenomen op de regels «Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden» zijn voor een deel gereserveerd voor het beleid dat uitgewerkt zal worden in de Beleidsbrief Sport die in oktober zal verschijnen.

Voor een deel zijn deze bedragen ook bestemd voor het honoreren van projecten die zich in de loop van het begrotingsjaar aandienen en die passen binnen het beleid.

- Binnen het operationeel doel «Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid» gaat het met name om subsidies voor het Nationaal Actieplan Sport en bewegen, Sportgeneeskunde en Blessurepreventie en kennisverzameling op het terrein van sport en bewegen.
- Binnen het operationeel doel «Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om» gaat het met name om subsidies voor de

- stimulering van de sportdeelname van mensen met een beperking, Meedoen Allochtone Jongeren, kaderbeleid en Masterplan Arbitrage.
- Binnen het operationeel doel «De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnen- en buitenland» gaat het met name om subsidies voor talentontwikkeling en dopingbestrijding.

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 (NASB) geeft daaraan een grote impuls. 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 NASB past in het kabinetsbeleid 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, kamerstukken 22 894, nr. 110, die in oktober 2006 aan de Kamer is aangeboden. In aansluiting hierop is vanuit het coalitieakkoord een Visie op Gezondheid en Preventie geformuleerd die rond Prinsjesdag 2007 zal verschijnen.

Het NASB kent vijf aandachtsgebieden (settings): Wijk, School, Werk, Zorg en Sport. Vanaf 2008 wordt, in samenwerking met de minister voor Jeugd en Gezin, extra aandacht geschonken aan de doelgroep Jeugd, omdat de aanzet tot een leven lang sporten en bewegen op jeugdige leeftijd wordt gegeven. Daartoe wordt extra geïnvesteerd in de settings Wijk, School en Zorg. Verder zal bewegen op recept via de zorg gestimuleerd worden.

We willen bereiken dat:

- Mensen meer sporten en bewegen en minder mensen inactief zijn; en
- Mensen op een gezonde en verantwoorde manier aan sport doen.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren			
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde lange termijn
Percentage van de Nederlandse bevolking (vanaf 18 jaar) dat voldoet aan de beweegnorm of de fitnorm	63%	2005	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.

Instrumenten ten behoeve van het stimuleren van lichaamsbeweging en het tegengaan van inactiviteit

- **Nationaal Actieplan Sport en Bewegen**

Deze subsidies en bijdragen zijn onder meer bedoeld om gezonde lichaamsbeweging te stimuleren en inactiviteit tegen te gaan bij verschillende specifieke doelgroepen, waarbij bijzondere aandacht wordt geschonken aan de jeugd. Wij richten ons met deze subsidies en bijdragen op alle relevante aandachtsgebieden van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen: wijk, school, werk, zorg en sport (€ 10,3 miljoen).

Daarnaast zijn deze subsidies en bijdragen bedoeld om de sportmedische begeleiding van topsporters uit te voeren (€ 1 miljoen), projecten uit te voeren die gericht zijn op blessurepreventie (€ 0,8 miljoen), om de kwaliteit van de sportgeneeskunde verder te verbeteren (€ 2,5 miljoen) en om de kennis van en informatie over sport en bewegen te vergroten (€ 1,1 miljoen).

- **Bewegen op recept (BOR)**

Verder zal bewegen op recept via de zorg gestimuleerd worden. Hiertoe zal in overleg met betrokken partijen (onder andere de LHV, GGD-NL, LVG, KNGF, NISB en CVZ) in de tweede helft van 2007 en in 2008 verdere ervaring op worden gedaan met proefimplementaties van beweeginterventies om zo informatie beschikbaar te krijgen over kosteneffectiviteit en voorwaarden voor succesvolle verspreiding en ondersteuning (€ 3 miljoen).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	450	450	450	450	450
Diverse sportmedische instellingen	450	450	450	450	450
Projectsubsidies	18 313	21 880	23 053	24 222	24 322
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	10 326	15 706	17 981	18 881	18 881
Bewegen op recept	3 000	1 000			
Diverse sportmedische instellingen	3 882	4 008	4 043	4 047	4 047
Onderzoeksinstituten	1 105	1 166	1 029	1 294	1 394
Totaal	18 763	22 330	23 503	24 672	24 772

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 van grote maatschappelijke betekenis. Sport is een bindende factor in de samenleving. In het coalitieakkoord onderschrijven we dat in (breedte)sport aspecten als gezondheid, veiligheid, ontwikkelen van wederzijds respect, integratie en maatschappelijke binding bijeen komen. De sport levert dan ook een belangrijke bijdrage aan de doelstellingen en pijlers van het kabinetsbeleid:

- onderwijs/jeugd: betere schoolprestaties, minder schooluitval, beter school- en leerklimaat, ontwikkeling van wederzijds respect;
- wijkaanpak: positieve bijdrage aan integratie, leefbaarheid, sociale samenhang, waarden en normen;
- gezondheid en preventie: minder overgewicht, versterking actieve en gezonde leefstijl;
- excelleren van talentvolle jeugd: meer kansen voor talenten.

Om dit te kunnen blijven realiseren dient de sport wel in voldoende mate te zijn toegerust om die maatschappelijke taken goed te kunnen vervullen. Investeren in de sport(vereniging) is daartoe van essentieel belang in combinatie met een impuls voor brede scholen. In samenwerking met het ministerie van OCW, de sportsector en gemeenten wordt daarom geïnvesteerd in combinatiefuncties sport, onderwijs en naschoolse opvang. Daardoor worden sportverenigingen versterkt. Tevens wordt gewerkt aan een dekkend aanbod van brede scholen in de krachtwijken en aan extra brede scholen in de rest van Nederland. Uiteindelijk moet daarmee bereikt worden dat 90 procent van de leerlingen op scholen dagelijks kunnen sporten en bewegen binnen en buiten de schooluren in combinatie met sportverenigingen en andere partners. Meer aandacht wordt gericht op het vergroten van de sportdeelname van gehandicapten, op de bijdrage van sport aan de Millennium Ontwikkelingsdoelen en aan de rol van de sportsector op het terrein van sportiviteit en respect.

We willen bereiken dat:

- Mensen meedoen aan sportactiviteiten op lokaal niveau;
- Verenigingen aantrekkelijk zijn voor grote groepen sporters en vrijwilligers en hun maatschappelijke taken kunnen uitoefenen;
- Allochtone jongeren meedoen in de samenleving door middel van sport; en
- Mensen zich sportief gedragen en (spel)regels respecteren.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

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

Instrumenten ter bevordering van deelname aan sportactiviteiten op lokaal niveau

- Decentralisatie-uitkeringen

Via convenanten of prestatie-afspraken verstrekken wij decentralisatie-uitkeringen aan gemeenten, in samenwerking met OCW en de sportsector, om 3000 sportverenigingen te versterken en een impuls te geven aan brede scholen door het aanstellen van professionals in combinatiefuncties sport, onderwijs en naschoolse opvang (€ 7,5 miljoen). Hiermee wordt voor een belangrijk deel invulling gegeven aan de Intensivering Sport uit het coalitieakkoord.

- Specifieke uitkeringen verstrekken aan gemeenten en provincies

Deze uitkeringen zijn onder meer 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 (€ 11,7 miljoen). Deze uitkeringen zijn ook bedoeld om het lokale sportaanbod structureel te verbeteren door middel van de Breedtesportimpuls (€ 4 miljoen). Deze specifieke uitkeringen worden de komende jaren afgebouwd. De vrijvallende middelen worden ingezet voor de decentralisatie-uitkering sport, onderwijs, naschoolse opvang en het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen.

Instrumenten ten gehoeve van het aantrekkelijk maken van verenigingen voor grote groepen sporters en vrijwilligers

- Subsidies verlenen aan sportorganisaties en instellingen
 - 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 gehandicapten te bevorderen (€ 2 miljoen).
 - Ten derde zijn er subsidies om kennis van, informatie over en samenwerking in de sport te vergroten (€ 4,3 miljoen).

- **Compensatie «ecotax»**

Bijdragen verstrekken aan sportorganisaties om de kosten van sportverenigingen als gevolg van de regulerende energieheffing, de «ecotax», gedeeltelijk te compenseren (€ 9,3 miljoen).

Instrumenten ter bevordering van deelname van allochtone jongeren in de samenleving door middel van sport

- Subsidies verlenen aan (sport)organisaties (€ 12 miljoen) en bijdragen verstrekken aan andere overheden (€ 5 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.

Instrument ten behoeve van het sportieve gedrag van mensen en het respecteren van (spel)regels

- Subsidies aan landelijke (sport)organisaties
 - We verlenen subsidies om het bestand aan goed opgeleide trainers en coaches uit te breiden, om opleidingstrajecten te moderniseren en om innovatie en ontwikkeling van opleidingen, bijscholingen en kennisuitwisseling mogelijk te maken (€ 2,6 miljoen).
 - We verlenen subsidies om een «masterplan arbitrage» uit te voeren om het tekort aan gekwalificeerde scheidsrechters terug te dringen, en om projecten uit te voeren die verruwing, geweld, discriminatie en onheus gedrag naar scheidsrechters op de velden en langs de lijn aanpakken (€ 1 miljoen).
 - We verlenen subsidies om de Koninkrijksband en de internationale samenwerking en kennisuitwisseling te versterken, daarbij zal in samenwerking met het ministerie van Ontwikkelingssamenwerking ook gewerkt worden om de Millennium Ontwikkelingsdoelen dichterbij te brengen (€ 1,3 miljoen).
- Samenwerking met betrokken partijen
Het doel is om te komen tot een programma «Sportiviteit en respect». Met de sportsector wordt overlegd over enkele specifieke aandachtspunten, zoals gedragscodes, bestrijding van geweld op en rond het veld, bestrijding van discriminatie en racisme en de ontwikkeling van homo-emancipatie in de sport (€ 0,8 miljoen).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Specifieke uitkeringen	14 706	14 107	12 443	2 257	257
Breedtesportimpuls	3 000	750			
BOS-regeling	11 706	13 357	12 443	2 257	257
Decentralisatie uitkeringen	7 500	12 109	15 834	15 834	20 834
Combinatiefuncties	7 500	12 109	15 834	15 834	20 834
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	5 500	4 500	4 500	4 500	4 500
<i>Onder andere:</i>					
Bijzondere landelijke sportorganisaties	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500
Projectsubsidies	35 838	35 980	35 656	38 301	37 701
<i>Onder andere:</i>					
Compensatie Ecotax	9 357	9 357	9 357	9 357	9 357
Breedtesportimpuls	1 096	355			
Meedoen Allochtone Jongeren	12 750	12 691	12 632		
Trainers en coaches	1 607	2 549	2 587	2 587	2 687
Arbitrage en sportiviteit	1 844	1 843	1 844	1 844	1 844
Koninkrijksband en Internationale Samenwerking	1 350	1 350	1 350	1 350	1 350
Sportdeelname gehandicapten	998	998	998	998	1 098
Nieuwe sportmogelijkheden	3 824	3 823	3 823	1 750	
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken	5 040	2 520			
Meedoen Allochtone Jongeren (GSB)	5 040	2 520			
Totaal	68 584	69 216	68 433	60 892	63 292

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

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, Europese kampioenschappen en op 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.

Om te kunnen concurreren met en te presteren binnen de internationale top zijn internationaal kwalitatief hoogwaardige sporttechnische programma's essentieel voor het succes van onze sporters. Sporters moeten in staat gesteld worden om voltijds met hun sport bezig te zijn en moeten hierin goed begeleid worden. De rijksoverheid mag hierbij de maatschappelijke carrière van de sporter niet uit het oog verliezen maar beseft dat de ontwikkelingen in de internationale arena niet stil staan. Uit internationaal vergelijkend onderzoek¹ en gesprekken met onderzoekers en NOC*NSF blijkt dat voor Nederland kansen liggen op het terrein van talentontwikkeling. Om te zorgen dat Nederland zich kan meten met de internationale top zetten we middelen in voor de verbetering van de

¹ 2006 SPLISS, An international comparative study (VU Brussel, WHJ Mulier Instituut, UK Sport en Sheffield Hallam University).

combinatie toptraining en onderwijs, de ontwikkeling van Centra voor Topsport en Onderwijs, een extra impuls aan talentcoaching, en het leveren van een bijdrage aan hoogwaardige internationale trainings- en wedstrijdprogramma's. De inzet is een toename van 20% van het aantal talenten in 2011. Hiermee wordt voor een deel invulling gegeven aan de Intensivering Sport uit het coalitieakkoord.

Daarnaast wordt het beleid ten aanzien van coaching, stipendia, de organisatie van topsportevenementen, het tegen gaan van dopinggebruik en het ontwikkelen van innovatieve toepassingen voortgezet.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren			
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde lange termijn
Positie van Nederland in de topsport landenklassering	n.b.	n.b.	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 is in ontwikkeling door NOC*NSF en het Mulier Instituut en zal in de loop van 2008 gereed zijn.

Instrumenten ter bevordering van de topsport

- Subsidies verlenen aan (sport)organisaties voor talentontwikkeling
Het doel van deze subsidies is om het ontwikkelen van talenten te verbeteren en om talenten ook de laatste stap te laten zetten: het excelleren in internationale wedstrijden en competities. Dat gebeurt door projectplannen door de sportbonden uit te laten voeren, door meer specifieke talentcoaches in te zetten, door facilitaire ondersteuning door Olympische netwerken, door de combinatie van toptraining en onderwijs te verbeteren, door Centra voor Topsport en Onderwijs (CTO's) en Nationale Trainingscentra (NTC's) op te zetten en door een bijdrage te leveren aan hoogwaardige internationale trainings- en wedstrijdprogramma's in voorbereiding op de Olympische Spelen (€ 7,3 miljoen). Hiermee wordt voor een deel invulling gegeven aan de Intensivering Sport uit het coalitieakkoord.
- Coaches aan de top
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).
- Fonds voor de Topsporter
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).
- Subsidies verlenen aan (sport)organisaties voor de organisatie van topsportevenementen in Nederland (€ 4,7 miljoen).

- Subsidies verlenen aan (inter)nationale antidopingorganisaties om het dopinggebruik tegen te gaan (€ 1,6 miljoen).
- Bijdrage verstrekken aan de Stichting InnoSportNL voor de ontwikkeling voor grensverleggende innovatieve toepassingen voor de sport (€ 3 miljoen).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde uitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	6 482	6 482	6 482	6 482	6 482
Fonds voor de topsporter	5 281	5 281	5 281	5 281	5 281
Nationale anti-doping organisatie	1 201	1 201	1 201	1 201	1 201
Projectsubsidies en opdrachten	21 145	21 145	21 145	21 095	18 595
<i>Onder andere:</i>					
Talentontwikkeling	7 297	7 297	7 297	7 297	7 297
Coaches	4 584	4 584	4 584	4 584	4 584
Topsportevenementen	4 695	4 695	4 695	4 695	4 695
Innosport	3 000	3 000	3 000	3 000	
Totaal	27 627	27 627	27 627	27 577	25 077

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

46.4 Overzicht beleidsonderzoeken

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Effectonderzoek ex post	Uitvoering sportprogramma	46.1	A 03-2011 B 09-2011
	Evaluatieonderzoek Breedtesportimpuls	46.3.2	A 01-2009 B 12-2009
Overig evaluatieonderzoek	Onderzoek naar de sportparticipatie van mensen met een beperking	46.3.2	A 06-2007 B 02-2008
	Onderzoek Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN)	46.3.1	Doorlopend
	Topsportklimaat onderzoek	46.3.3	Doorlopend

Artikel 47 Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II

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
2008

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2008

Op dit beleidsterrein is continuïteit belangrijk. Het blijven vertellen van het verhaal van WO II aan nieuwe generaties en aansluiten bij actuele thema's die mensen nu bezighouden, is essentieel om het verhaal betekenis te laten houden voor vandaag. Bij brief van 11 juni 2007 hebben wij de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van het beleid ten aanzien van de Tweede Wereldoorlog.

Voor 2008 ligt de nadruk op de volgende beleidsimpulsen:

- Vereenvoudiging van de oorlogswetten (47.3.1). De uitgangspunten van deze vereenvoudiging zijn uiteengezet in mijn brief aan de Tweede Kamer van 26 maart 2007. De vereenvoudiging zal de administratieve lastendruk voor de cliënten van de Pensioen- en uitkeringsraad (PUR) verminderen en de overgang van een deel van de werkzaamheden van de PUR naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB) faciliteren.
- Voortzetting van het programma Erfgoed van de oorlog (47.3.2). Dit programma, dat loopt van 2007 t/m 2009, is gericht op behoud, toegankelijkheid en publieksgerichte toepassing van bijzonder of kwetsbaar erfgoedmateriaal dat betrekking heeft op de Tweede Wereldoorlog. In juni 2007 is het beleidskader voor subsidiëring van het programma Erfgoed van de oorlog bekend gemaakt. In de periode 2007 t/m 2009 zullen subsidie-aanvragen op het terrein van Erfgoed aan dit kader getoetst worden.

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.

Externe factoren

Externe factoren

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 het stimuleren 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.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Bij de algemene doelstelling is geen prestatie-indicator opgenomen omdat de doelstelling meerdere, uiteenlopende elementen bevat die zich moeilijk in één indicator laten weergeven.

47.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verplichtingen	398 514	416 870	387 470	375 780	357 438	341 728	328 528
Uitgaven	398 636	414 808	388 402	376 621	357 438	341 728	328 528
Programma-uitgaven	397 445	413 449	387 129	375 386	356 581	341 024	327 824
Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II	390 671	401 795	373 057	361 089	346 989	333 732	320 532
Herinnering en bewustzijn WO II	6 774	11 654	14 072	14 297	9 592	7 292	7 292
Apparaatsuitgaven	1 191	1 359	1 273	1 235	857	704	704
Ontvangsten	3 518	0	0	0	0	0	0

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012
<i>1. Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II</i>	<i>373 057</i>	<i>361 089</i>	<i>346 989</i>	<i>333 732</i>	<i>320 532</i>
– Juridisch verplicht	344 047	332 411	318 977	307 050	293 850
– Bestuurlijk gebonden	29 010	28 678	28 012	26 682	26 682
– Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
<i>2. Herinnering en bewustzijn WO II</i>	<i>14 072</i>	<i>14 297</i>	<i>9 592</i>	<i>7 292</i>	<i>7 292</i>
– Juridisch verplicht	4 731	4 731	4 732	4 732	4 732
– Bestuurlijk gebonden	9 341	9 566	4 860	2 560	2 560
– Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0

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 36 526 in 2006 naar 30 977 in 2011. 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. In dat kader zal een belangrijk deel van de werkzaamheden van de PUR (het berekenen en betalen van de pensioenen en uitkeringen en de verstrekking van bijzondere voorzieningen) per 1 januari 2011 worden overgedragen aan de SVB.

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 2005 rond de negentig procent. Gestreefd wordt in 2008 dit percentage minimaal te handhaven.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren:

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2008	Streefwaarde Lange termijn (2011)
Percentage apparaatskosten PUR in verhouding tot de uitgaven voor pensioenen en uitkeringen	5%	2006	5%	5,5% (2011)
Percentage eerste aanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgehandeld	89%	2005	90%	92% (2011)
Percentage vervolgaanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgehandeld	90%	2005	90%	92% (2011)

Bron: PUR

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 Wetten buitengewoon pensioen (WBP). Deze prestatie-indicatoren worden jaarlijks gemeten.

Instrumenten ter verlening van hulp aan oorlogsgetroffenen

- **Bijdragen verlenen aan ZBO's**

Het doel van deze bijdragen is materiële hulp te kunnen verlenen aan oorlogsgetroffenen. Hiertoe stellen we in 2008 bijdragen ter beschikking aan twee zbo's, namelijk de PUR en de CAOR voor hun uitvoeringskosten (in totaal € 27,8 miljoen). De liquidaties van de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma en de Stichting Het Gebaar waren voorzien per 1 januari 2008. Aangezien de werkzaamheden van de Stichting Rechtsherstel nog niet zijn afgerond is het liquidatietijdstip verschoven naar 2010. In de brief aan de Tweede Kamer van 11 juni 2007 wordt dit nader toegelicht. Over de liquidatie van de Stichting Het Gebaar zullen wij de Tweede Kamer eind 2007 informeren.

- **Subsidies verlenen**

Het doel van deze subsidies is immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen mogelijk te maken. De subsidies worden verleend aan gespecialiseerde instellingen, waaronder de begeleidende instellingen: Stichting Pelita, Joods Maatschappelijk Werk (JMW) en Stichting 1940-1945 (€ 6,2 miljoen).

- **Wet- en regelgeving bijstellen**

We stellen de wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen bij, als wijzigingen in aanpalende wetten dat noodzakelijk maken. In 2008 zal een vereenvoudiging van de wetten worden doorgevoerd ter voorbereiding van een overgang van het cliëntbeheer van de PUR naar de SVB.

- **Toezicht houden op de zbo's**

Het doel van dit toezicht op de zbo's is de verantwoordelijkheid voor een rechtmatige, doelmatige en goede uitvoering van het wettelijk stelsel voor oorlogsgetroffenen en het naoorlogs rechtsherstel te kunnen waarmaken. In een brief van 26 maart 2007 hebben wij 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 komen, zijn het project Gerichte Benadering, de vereenvoudiging van de uitkeringsverzorging en de territorialiteitseis in de Wubo.

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen	334 498	322 862	309 428	297 501	284 301
<i>Onder andere:</i>					
Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers (Wuv)	178 800	171 700	163 900	157 300	150 300
Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 40–45 (Wubo)	65 900	66 100	65 100	64 100	62 700
Wetten buitengewoon pensioen 1940–1945 (Wbp)	80 400	74 700	69 300	64 400	59 700
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	8 598	8 497	8 473	8 460	8 443
<i>Onder andere:</i>					
Subsidies immateriële dienstverlening	6 211	6 110	6 086	6 073	6 056
Projectsubsidies	1 836	1 937	1 961	1 974	1 991
<i>Onder andere:</i>					
Projecten Immateriële hulpverlening	366	441	418	429	429
Opdrachten	321	321	321	321	321
Bijdragen aan zbo's	27 804	27 472	26 806	25 476	25 476
<i>Onder andere:</i>					
Pensioen- en uitkeringsraad	26 032	25 700	25 034	23 704	23 704
Totaal	373 057	361 089	346 989	333 732	320 532

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 vooraf 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. 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 70 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 2011 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.

We meten de voortgang van het beleid met de volgende indicatoren

Prestatie-indicatoren							
Indicator	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Streefwaarde 2011
(veel) belang aan 4 mei	86%	78%	81%	80%	80%	82%	>70%
(veel) belang aan 5 mei	81%	71%	76%	75%	77%	72%	>70%

Bron: Nationaal Comité 4 en 5 mei. Deze prestatie-indicatoren worden jaarlijks gemeten.

In de inleiding bij dit beleidsartikel is al opgemerkt dat continuïteit op dit terrein belangrijk is. In het kader van deze operationele doelstelling betekent het dat de in het verleden geformuleerde prioriteiten zullen worden gehandhaafd. Dat betreft:

- het voorlichtingsbeleid aan de jeugd; en
- het behoud en de toegankelijkheid van waardevol erfgoedmateriaal WO II (het programma Erfgoed van de Oorlog)

Instrumenten inzake het voorlichtingsbeleid WO II

Bij het voorlichtingsbeleid is zowel het aspect van kennisoverdracht als de bewustwording van belang. Het beleid richt zich met name op jongeren in de leeftijdscategorie van 10 tot 18 jaar. Belangrijk is dat ze bekend zijn met de Tweede Wereldoorlog en zich daardoor meer bewust worden van de betekenis van het woord «vrijheid». Het onderwijs is voor het voorlichtingsbeleid de voornaamste ingang om jongeren van 10 tot 18 jaar en hun opvoeders te bereiken. Het beleid sluit aan bij de leerdoelen in het onderwijs en de Canon van de Nederlandse Geschiedenis. In onze brief van 11 juni 2007 aan de Tweede Kamer wordt de huidige stand van zaken met betrekking tot het voorlichtingsbeleid WO II geschetst. We zetten hierbij de volgende instrumenten in:

- Subsidies verlenen

Doel van deze subsidies is de herinnering aan WO II levend te houden en de betekenis ervan te vertalen naar deze tijd. We verlenen onder andere subsidies voor het houden van nationale manifestaties (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. In totaal is hiermee een bedrag gemoeid van € 6,6 miljoen. De subsidie aan de Stichting Het Indisch Huis is in 2006 beëindigd vanwege ernstige financiële problematiek. Ik zal in 2008 subsidie verlenen aan een nieuw op te richten Stichting Indisch Herinneringscentrum. Bij brief van 26 juli 2007 bent u daarover geïnformeerd.

- Onderzoek laten verrichten

Doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de gedachtevorming en bewustwording rond 4 en 5 mei en de achterliggende actuele thema's (grondrechten, democratie, oorlog, vrijheid en verantwoordelijkheid). Het onderzoek wordt verricht in opdracht van het Nationaal Comité 4 en 5 mei en bekostigd uit de instellingssubsidie die dit Comité van VWS ontvangt. Het Nationaal Vrijheidsonderzoek 2007 is te vinden op <http://www.herdenkenenvieren.nl>.

Instrumenten ten behoeve van het erfgoed van de Oorlog

Het programma Erfgoed van de Oorlog loopt van 2007 tot en met 2009. Het is een eenmalige, krachtige impuls om ervoor zorg te dragen dat het meest waardevolle erfgoedmateriaal van WO II beschikbaar blijft en toegankelijk is (of wordt gemaakt) voor huidige en toekomstige generaties. In een brief aan de Tweede Kamer van 7 december 2006 is het beleid inzake Erfgoed WO II beschreven en bij brief van 20 juni 2007 heb ik u het beleidskader voor subsidiëring doen toekomen.

Zoals in het beleidskader staat vermeld worden subsidies verleend, die gericht zijn op behoud, toegankelijkheid en publieksgerichte toepassing van bijzonder of kwetsbaar erfgoedmateriaal dat betrekking heeft op WO II. Op elk van deze drie genoemde terreinen komen de volgende materialen in aanmerking voor subsidie: Voorwerpen, foto's, beeld- en geluid-

materiaal, persoonlijke verzamelingen, drukwerk, archieven, monumenten, gedenktekens en persoonlijke getuigenissen. Naar verwachting zal een bedrag van € 4,7 miljoen aan subsidies worden verleend en € 2,7 miljoen aan opdrachten worden verstrekt (zie onderstaande tabel).

Tabel met geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2008	2009	2010	2011	2012
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	4 092	4 092	4 092	4 092	4 092
<i>Onder andere:</i>					
Nationaal Comité 4 en 5 mei	2 738	2 738	2 738	2 738	2 738
Projectsubsidies	7 242	7 377	4 580	3 200	3 200
<i>Onder andere:</i>					
Projecten jeugdvoorlichting	1 184	1 184	1 184	1 184	1 184
Projecten Erfgoed van de oorlog	4 718	4 853	2 055	675	675
Opdrachten	2 738	2 828	920		
Erfgoed van de oorlog	2 738	2 828	920		
Totaal	14 072	14 297	9 592	7 292	7 292

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

47.4 Overzicht beleidsonderzoeken

Overzicht beleidsonderzoeken				
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond	Vindplaats
Overig evaluatie- onderzoek	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 uitgaven die niet specifiek zijn toe te rekenen aan een van de doelstellingen in de voorgaande beleidsartikelen.

98.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verplichtingen	415 714	292 190	285 199	290 331	283 245	276 873	277 198
Uitgaven	315 569	305 266	296 514	295 498	285 883	276 938	277 198
Programma-uitgaven	97 590	102 840	100 298	98 919	94 958	89 536	89 796
Beheer en toezicht stelsel	90 158	90 606	88 300	86 921	85 460	82 538	82 538
Internationale samenwerking	7 432	12 234	11 998	11 998	9 498	6 998	7 258
Apparaatsuitgaven	217 979	202 426	196 216	196 579	190 925	187 402	187 402
Inspectie Gezondheidszorg	35 637	40 228	39 166	38 651	36 764	35 920	35 920
Sociaal en Cultureel Planbureau	8 511	6 366	5 607	5 383	5 130	4 449	4 449
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1 107	822	124	111	85	33	33
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	2 807	2 956	2 941	2 903	2 827	2 675	2 675
Gezondheidsraad	4 680	3 349	3 314	3 025	2 854	2 512	2 512
Centrale Commissie Mensgebonden							
Onderzoek	1 066	1 476	1 476	1 476	1 208	1 208	1 208
Raad voor Gezondheidsonderzoek	372	355	355	355	355	355	355
Strategisch onderzoek RIVM	22 861	15 810	15 774	19 775	19 703	19 558	19 558
Strategisch onderzoek NVI	26 197	8 419	8 111	8 104	8 090	8 063	8 063
Inspectie Jeugdzorg	3 542	3 986	3 813	3 763	3 717	3 644	3 644
Personeel en materieel kernministerie	111 122	118 609	115 535	113 033	110 192	108 985	108 985
Ontvangsten	17 586	4 351	3 380	3 380	3 380	3 380	3 380

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2008	2009	2010	2011	2012
1. Beheer en Toezicht stelsel:	88 300	86 921	85 460	82 538	82 538
- Juridisch verplicht	88 300	86 921	85 460	82 538	82 538
- Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
- Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
2. Internationale Samenwerking:	11 998	11 998	9 498	6 998	7 258
- Juridisch verplicht	0	0	0	0	0
- Bestuurlijk gebonden	11 988	11 988	9 498	6 998	7 258
- Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0

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 beheer en het toezicht van het zorgstelsel en op het beleid voor internationale samenwerking. Dan volgen zes subparagrafen over respectievelijk de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Gezondheidsraad (GR) en de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Vervolgens wordt ingegaan op het strategisch onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) en de apparaatskosten van de Inspectie Jeugdzorg. Ten slotte volgen de apparaatsuitgaven van het kernministerie die niet aan de beleidsartikelen zijn toe te rekenen.

De vier hierboven genoemde Raden worden betrokken bij de herziening van het adviesstelsel.

98.3.1 Beheer en toezicht stelsel

De beheerkosten van de zelfstandige bestuursorganen (zbo's) die zich bezig houden met de uitvoering van en het toezicht op het huidige zorgstelsel worden sinds 2006 uit begrotingsmiddelen gefinancierd. Het gaat hierbij om de volgende organen: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw zorginstellingen (CBZ) en het College sanering zorginstellingen (CSZ).

Voor 1 oktober dienen genoemde zbo's een werkplan en begroting bij VWS in voor het daaropvolgende jaar. Deze stukken behoeven de goedkeuring van de minister van VWS. De onderzoeksbegroting van het CVZ maakt met ingang van 2006 structureel onderdeel uit van deze beheerskosten.

Het CVZ heeft de volgende taken bij het beheer van het stelsel:

- Pakketbeheer
- Vaststellen verdragsbijdrage voor verdragsgerechtigden
- Administreren verdragsgerechtigden en innen verdragsbijdragen bij verdragsgerechtigden
- Opleggen en innen bestuurlijke boetes
- Administreren gemoedsbezwaarden
- Beheer van zorgverzekeringsfonds en het algemeen fonds bijzondere ziektekosten.

De NZa heeft tot taak:

- Vaststellen van tarieven van zorgaanbieders
- Toezicht houden op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de uitvoeringsorganen
- Toezicht houden op de goede werking van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Toezicht houden op zowel zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg.

De veranderingen in het zorgstelsel in de vorige kabinetsperiode hebben direct gevolg gehad voor de taken en werkzaamheden van CVZ en NZa. De kosten die verband houden met investeringsbeslissingen in de zorg komen voor eigen rekening en risico van de zorgaanbieders. Hierdoor

komen de huidige taken van het CBZ en CSZ grotendeels te vervallen. Als gevolg hiervan zullen zij naar verwachting in 2010 als zbo verdwijnen.

98.3.2 Internationale samenwerking bevorderen

Vrijwel alle beleidsterreinen bij VWS hebben een internationale dimensie. Het is om een aantal redenen belangrijk om 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 afstemming van internationale samenwerking op de beleidsterreinen Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op specifieke gebieden wordt hiertoe nadrukkelijk samengewerkt met andere ministeries. Zo valt de «Commission on Narcotic Drugs» van de VN onder de minister van Buitenlandse Zaken, en is de minister voor Ontwikkelingssamenwerking verantwoordelijk voor de bilaterale ontwikkelingssamenwerking op het gebied van gezondheid.

Instrumenten en activiteiten

Internationale samenwerking wordt bevorderd met behulp van de volgende instrumenten en activiteiten:

- **Samenwerking op Europees en mondiaal niveau**
Het vertegenwoordigen van Nederland voor de voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport relevante onderwerpen bij internationale organisaties als de Europese Unie, de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Raad van Europa, de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en de Verenigde Naties (VN). We stimuleren contacten met een beperkt aantal voor VWS en J&G belangrijke landen en we behartigen de noodzakelijke reguliere contacten met de andere landen.
- **Financiële bijdrage aan de WHO**
We dragen in het kader van een strategisch partnerschap € 6 miljoen bij aan de WHO. Via het partnerschap worden ook de contacten tussen de WHO en aan VWS gelieerde organisaties bevorderd.
- **Bijdragen aan mondiale gezondheid**
In het kader van de bevordering van mondiale gezondheid werken we nauw samen met andere ministeries en diverse veldorganisaties. Met Buitenlandse Zaken (Ontwikkelingssamenwerking) trekken we samen op om de millenniumdoelen op het gebied van gezondheid in 2015 te bereiken, en werken we samen op thema's als gezondheidssystemen, infectieziekten, toegang tot essentiële medicijnen, intellectueel eigendom en sport en OS. VWS (en ook veldorganisaties) brengen daarbij vooral Nederlandse ervaring en kennis in. Verder werken we mee aan de preventie van hiv/aids in Rusland en andere landen in Oost-Europa. Dit doen we onder meer door ondersteuning van programma's van het «Office on Drugs and Crime» (UNODC) van de Verenigde Naties (€ 5 miljoen).
- **Internationaal personeels- en detachingsbeleid**
Om internationaal goed samen te kunnen werken hebben we medewerkers uitgezonden naar en gedetacheerd op de volgende plekken:
 - Attachés in Brussel (EU), Washington, Parijs en Beijing;
 - Detacheringen bij de Europese Commissie en bij de WHO (via het strategisch partnerschap);

- Stimuleren dat veldorganisaties internationaal samenwerken. We verstrekken subsidies (totaal ongeveer € 1,2 miljoen) voor het stimuleren van internationale samenwerking, ook via veldorganisaties. Hierbij gaat het onder meer om voorlichting voor deelname aan Europese onderzoeksprogramma's, deelname aan Europese en nationale programma's voor ondersteuning aan nieuwe lidstaten/nieuwe buurlanden en samenwerking met belangrijke landen.

98.3.3 Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ is een handhavingsorganisatie die toezicht houdt op de volksgezondheid en zorg en overtredingen van wet- en regelgeving opspoot. Zij opereert tussen politiek, professie en publiek. Zij werkt aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg vóór burgers door zorgaanbieders. Vanuit haar wettelijke taakopdracht, verantwoordelijkheden en bevoegdheden draagt ze bij aan bescherming en bevordering van de volksgezondheid. Veilige zorg is daar een heel belangrijke component van. Door te waken over de kwaliteit van zorg maakt de IGZ zich sterk voor een gerechtvaardigd vertrouwen van de zorgconsument in de kwaliteit van zorg. De IGZ hanteert de methodiek van het gelaagd en gefaseerd toezicht (GGT). Met deze systematiek krijgt de IGZ onder andere aan de hand van prestatie-indicatoren informatie over de kwaliteit van geleverde zorg en maakt op basis daarvan een risico-inschatting en prioriteert haar toezicht.

De IGZ heeft haar activiteiten ondergebracht in acht integrale inspectieprogramma's.

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

Vanuit de gedachte dat transparantie over geleverde zorgkwaliteit een hefboom is voor kwaliteitsverbetering in de zorginstellingen, zet de IGZ in 2008 het project zorgbrede transparantie voort waarmee zij de regie voert over bestuurlijke- en uitvoeringstrajecten gericht op het realiseren van transparantie in de zorg.

De IGZ gaat de vorderingen meten van de afspraken die de veldpartijen in de ziekenhuiszorg hebben gemaakt over het terugdringen van vermijdbare incidenten.

Op het terrein van de publieke gezondheidszorg kijkt de IGZ vooral naar de publieksveiligheid en de jeugdgezondheidszorg.

De IGZ intensificeert het project samenwerkende rijksinspecties op het domein gezondheidszorg door naast het reeds ingezette traject op het subdomein ziekenhuizen ook de samenwerking op het subdomein care te verdiepen. Het betreft een intensieve samenwerking tussen betrokken toezichthouders in de zorg met één loket voor het toezichtobject waarbij de IGZ als coördinator optreedt. Doel van de samenwerking is toezichtlasten te verminderen en de effectiviteit en efficiëntie van toezicht te vergroten.

Ook brengt de IGZ evenals voorgaande jaren «De staat van de gezondheidszorg» uit. Centraal thema in 2008 is «Health technology».

De IGZ licht haar voornemens nader toe in het Meerjarenbeleidsplan 2008–2011 en het IGZ-werkplan 2008 die beiden in oktober 2007 verschijnen.

98.3.4 Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Het SCP heeft tot taak de maatschappelijke ontwikkelingen in Nederland te beschrijven en op basis hiervan gevraagd en ongevraagd adviezen uit te brengen over het overheidsbeleid. Het bureau verricht daartoe sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar de leefsituatie en de opvattingen van de burger en naar de doelmatigheid en kwaliteit van de institutionele arrangementen die op enigerlei wijze van overheidswege worden georganiseerd om iedere burger in Nederland een menswaardig bestaan te bieden.

Eens per jaar geeft het SCP een overzicht van de voorgenomen activiteiten in een werkprogramma. De Ministerraad stelt het Werkprogramma 2008 vast. Het werkprogramma wordt na goedkeuring gepubliceerd op de website van het bureau (www.scp.nl).

Tabel 98.1: kengetallen 2008		
Output	Input	Kosten (x € 1 000)
(uren wetenschappelijk onderzoek)		
a. Rapporten en adviezen (40 rapporten)	43 969 uur	4 514
b. Surveys en modellen	4 435 uur	455
c. Presentaties/artikelen	4 344 uur	446
d. Commissiewerkzaamheden	1 259 uur	129
Totaal	54 007 uur	5 544

Voorgenomen beleidsprestaties

1. Het publiceren van onderzoeksrapporten en adviezen in de publicatierreeksen 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 advies- en commissiewerkzaamheden

Toelichting:

1. In overeenstemming met de opdracht in de instellingsbeschikking zet het SCP een substantieel deel van zijn capaciteit in voor rapportages over de leefsituatie van bevolkingsgroepen, zoals minderheden en mensen met beperkingen. Voorts wordt gerapporteerd over de ontwikkeling van mediagebruik, sport, de voortgang van de emancipatie, trends in tijdsbesteding, over de sociale gevolgen van ICT, over armoede en over de rol van religie in de samenleving. In 2008 verschijnt een nieuwe editie van het Sociaal en Cultureel Rapport. Een vast onderwerp in het werkprogramma van het SCP is ook de beschrijving en analyse van de productie in de publieke sector. Thema's daarbij zijn (arbeids)productiviteitsontwikkelingen en kwaliteit.

In aanvulling op genoemde periodieke rapporten verricht het SCP in 2008 een aantal beleidsgerichte en thematische studies die aansluiten op de prioriteiten van het kabinetsbeleid en op enkele grote stelselwijzigingen. Belangrijke onderzoeken in 2008 zijn onder andere de Integratiemonitor, de Armoedemonitor, de Emancipatiemonitor, de Sociale staat van het platteland en het Culturele draagvlak. Het bureau is ook voornemens veranderingen op de terreinen van maatschappelijke ondersteuning intensief te volgen en te evalueren vanuit het perspectief van de burger.

2. De ramingsmodellen voor de diverse onderdelen van de quartaire sector worden geactualiseerd. Dit is noodzakelijk vanwege systeemveranderingen en vanwege de beschikbaarheid van meer recente en betere (registratie)gegevens. Een knelpunt blijft de informatievoorziening. Het SCP verkrijgt de cijfers van het CBS, dat bezuinigt op sociale statistieken. In aanvulling daarop verwerft het bureau met (financiële) steun van de departementen zelf data via uitbesteding van enquêtes, de participatie in onderzoeken van andere (internationale) organisaties en via aankoop van reeds beschikbare (registratie)gegevens.

98.3.5 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) is de adviesraad van het Kabinet en de Staten Generaal voor de sociale verhoudingen in Nederland. De wetgever heeft de RMO de taak gegeven te adviseren over «participatie van burgers en stabiliteit van de samenleving». De RMO adviseert zowel gevraagd als ongevraagd over de hoofdlijnen van beleid. De begroting van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling is afgeleid van zijn door het kabinet vastgestelde werkprogramma. Het werkprogramma voor 2008 is nog niet vastgesteld zodat op dit moment geen nadere informatie over de begroting beschikbaar is. Het formeel vastgestelde begrotingsbedrag voor de RMO bedraagt € 1,2 miljoen.

98.3.6 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Het adviesdomein van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is de curatieve zorg, de langdurende zorg, de publieke gezondheid en de maatschappelijke ondersteuning. Het kabinet stelt in de zomer van 2007 het definitieve werkprogramma 2008 van de RVZ vast. Thema's in het werkprogramma voor 2008 zijn:

- Van gezondheid naar services
- Intersectoraal gezondheidsbeleid
- Uitgavenmanagement (briefadvies)
- Innovatief vermogen zorg (briefadvies)
- Schaal en zorg (briefadvies)

Daarnaast verzorgt de RVZ een debatreeks over farmaceutische zorg bij het advies «Goed patiëntschap» in samenhang met het advies «Vertrouwen in de arts».

De RVZ voert samen met de Gezondheidsraad het secretariaat van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Het CEG publiceert elk jaar een aantal ongevraagde signalementen over ethische thema's. De volgende onderwerpen staan voor 2008 op de agenda:

1. Rol van de farmaceutische industrie bij de kennisproductie
2. Patiënten en artsen in de media
3. Toegang tot het elektronische patiëntendossier

Ook heeft het CEG de taak om de verwijs- en informatiefunctie te versterken. De RVZ neemt deze functie volledig voor zijn rekening aangezien deze functie beter past bij de RVZ dan bij de Gezondheidsraad.

98.3.7 Gezondheidsraad (GR)

De Gezondheidsraad als onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan heeft tot 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» (Art. 22 Gezondheidswet). Specifieke taken zijn geregeld in de Wet op de orgaandonatie (WOD) en de Wet bevolkingsonderzoek (WBO).

Het werkterrein van de Gezondheidsraad is breed en multisectoraal: van curatieve en preventieve gezondheidszorg, voeding, milieu en gezondheid, arbeidsomstandigheden en aandacht voor ethische en maatschappelijke aspecten van wetenschappelijke ontwikkelingen. De raad werkt niet alleen voor VWS maar ook voor VROM, LNV en SZW. Ook het parlement kan opdrachtgever zijn. De raad brengt gevraagd en ongevraagd adviezen uit.

Werkprogramma

In september 2007 stelt de minister van VWS het werkprogramma voor 2008 vast. De raad verwacht in 2007/2008 in totaal 25 à 30 adviezen uit te brengen op het brede terrein van de volksgezondheid, voorbeelden zijn:

- HPV vaccinatie i.v.m baarmoederhalskanker
- infectieziekten waaronder griep пандemie
- radiotherapie
- voedingslogo's
- foliumzuur
- elektromagnetische velden
- asbest
- diverse stoffen op de werkplek.

98.3.8 Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek

De CCMO is een bij wet ingestelde commissie (Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen en de Embryowet). Zij is een zelfstandig bestuursorgaan (zbo). Sinds de inwerkingtreding van de gewijzigde Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen op 1 maart 2006, treedt de CCMO tevens op als bevoegde instantie.

98.3.9 Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)

De RGO is een sectorraad en brengt adviezen uit aan de ministers van VWS, OCW en EZ over prioriteiten in het gezondheids(zorg)onderzoek, de daarbij behorende kennisinfrastructuur en de technologieontwikkeling in de gezondheidssector. De RGO gaat deel uitmaken van de Gezondheidsraad (GR). Een wettelijk traject hiervoor is gestart. De secretariaten zijn op 1-1-2007 al formeel samengevoegd.

Werkprogramma

De RGO heeft een eigen onderdeel in het werkprogramma dat gezamenlijk met de GR wordt uitgebracht. In september 2007 stelt de minister van VWS dit gezamenlijke werkprogramma voor 2008 vast. De Raad verwacht in 2008 ondermeer adviezen uit te brengen over «kennis ontwikkelen voor

een betere gezondheidszorg» en over «meer halen uit monitoring, cohortstudies en biobanken». Voorts zal de RGO waar nodig bijdragen leveren aan de adviezen van de GR.

98.3.10 Strategisch onderzoek RIVM

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 werkterreinen 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.

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.

98.3.11 Strategisch onderzoek NVI

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.

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.

98.3.12 Inspectie Jeugdzorg

Onder deze doelstelling worden de apparaatskosten van de Inspectie Jeugdzorg verantwoord. De Inspectie Jeugdzorg valt met ingang van de begroting 2008 beleidsmatig onder de verantwoordelijkheid van de Minister voor Jeugd en Gezin. De apparaatskosten blijven conform afspraak in het coalitieakkoord geraamd worden op de begroting van VWS.

98.3.13 Personeel en materieel kernministerie

Onder deze doelstelling tenslotte worden 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 1e suppletore wet 2007 is een structurele ramingsbijstelling opgelegd. Gezien de ervaringen van voorgaande jaren wordt er namelijk op voorhand van uitgegaan dat op de begroting van VWS € 15 miljoen niet zal worden uitgegeven. De begroting van VWS wordt daarom structureel met een bedrag van € 15 miljoen naar beneden bijgesteld. Het bedrag van € 15 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 om de loon- en prijsbijstelling voor 2008 en latere jaren. Daarnaast zijn er bedragen gereserveerd voor bouw en is de groeirimte geëxtrapoleerd tot het jaar 2012.

99.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Verplichtingen	0	- 41 955	- 37 689	- 38 545	- 32 672	- 34 934	- 8 507
Uitgaven	0	- 37 393	- 42 118	- 38 548	- 32 672	- 36 034	- 8 507
Programma-uitgaven	0	- 37 393	- 42 118	- 38 548	- 32 672	- 36 034	- 8 507
Loonbijstelling	0	790	985	894	851	963	980
Prijsbijstelling	0	4 102	398	447	932	2 985	2 987
Onvoorzien	0	3	2	6 033	14 048	15 158	42 720
Taakstelling	0	- 42 288	- 43 503	- 45 922	- 48 503	- 55 140	- 55 194

Premie-uitgaven:

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nominaal en onvoorzien		- 26,6	1 640,4	3 360,4	5 008,2	6 970,7	10 794,6
Totaal		- 26,6	1 640,4	3 360,4	5 008,2	6 970,7	10 794,6

PARAGRAAF VOOR DE DIENSTEN DIE EEN BATEN-LASTEN ADMINISTRATIE VOEREN

1. Baten-lastendienst College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (aCBG)

Inleiding

Het 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 de kwaliteit en de werkzaamheid van het geneesmiddel – en de mogelijke schadelijkheid – voor de gezondheid van de geneesmiddelengebruiker centraal. Het aCBG 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 voedselingrediënt 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 (BD) 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.

Tabel 1.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Baten							
opbrengst moederdepartement	0	225	225	225	225	225	225
opbrengst overige departementen	0	0	300	300	300	300	300
opbrengst derden	26 821	30 635	32 798	33 295	33 798	34 310	34 829
rentebaten	230	80	200	200	200	200	200
buitengewone baten	2 738	1 000	0	0	0	0	0
Totaal baten	29 789	31 940	33 523	34 020	34 523	35 035	35 554
Lasten							
apparaatskosten							
– personele kosten	12 176	14 253	16 157	16 480	16 809	17 146	17 488
– materiële kosten	13 032	15 973	16 082	16 230	16 378	16 527	16 675
ZBO College	435	360	580	592	603	616	628
rentelasten	0	0	0	0	0	0	0
afschrijvingskosten							
– materieel	405	354	704	718	732	747	762
– immaterieel	0	0	0	0	0	0	0
dotaties voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
buitengewone lasten	2 738	1 000	0	0	0	0	0
Totaal lasten	28 786	31 940	33 523	34 020	34 522	35 036	35 553
Saldo van baten en lasten	1 003	0	0	0	0	0	0

Baten*Opbrengst moederdepartement*

Het aCBG ontvangt een bedrag van € 225 000 ter dekking van de kosten van het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen.

Opbrengst overige departementen

Het BD verricht voor het Ministerie van LNV beleidsondersteunende activiteiten. Hiervoor is een bedrag begroot van € 300 000.

Opbrengst derden

Het aCBG verwacht voor 2008 in navolging van de productiegroei van voorgaande jaren een substantiële groei. Deze groei zal blijven doorgaan naar 2011, zij het in mindere mate. In algemene termen wordt de groei in productie veroorzaakt door een groeiende vraag vanuit de Europese farmaceutische industrie 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 2008 is € 12,8 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 op € 0,5 miljoen. Naast de jaarvergoedingen verwacht het aCBG voor 2008 een vergoeding voor de beoordeling van nationale aanvragen ad € 4,5 miljoen, een vergoeding voor de beoordeling van de Europese aanvragen ad € 4,1 miljoen en een vergoeding voor de beoordeling van EMEA aanvragen ad € 6,8 miljoen.

Voor de beoordeling van diergeneesmiddelen is in totaal een vergoeding van € 3,8 miljoen begroot (inclusief bovengenoemde € 300 000 voor beleidsondersteuning LNV).

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

Rentebaten

Het aCBG ontvangt rentebaten over de hem ter beschikking staande middelen.

Lasten

Apparaatkosten

** 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. Het CBG gaat er vanuit dat ondanks forse productiegroei ook een efficiency-slag gemaakt kan worden. Voor 2008 is daarom een formatie begroot van 235 fte. Daarnaast zijn onder de personele kosten tevens de kosten van scholing, reiskosten, wachtgeld en overige personeelskosten opgenomen. In totaal gaat het om een bedrag van € 16,2 miljoen. Verder heeft het aCBG bij diverse ziekenhuizen specialisten in dienst, die specifieke kennis hebben op bepaalde terreinen (inhuur externen € 0,6 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).

In het kader van de registratie van diergeneesmiddelen verrichten het RIVM, CIDC en RIKILT beoordelingswerkzaamheden. De kosten hiervan bedragen op dit moment € 1,1 miljoen.

Het aCBG heeft in 2007 zijn logistieke processen vergaand gedigitaliseerd. Dit brengt additionele kosten met zich mee voor onderhoud en optimalisatie. Daarnaast heeft het aCBG dringend behoefte aan nieuwe huisvesting. Dit zal naar verwachting eind 2008 worden gerealiseerd. Hiervoor is een bedrag begroot van € 1,5 miljoen.

Zbo College

De kosten van het Zbo College ter Beoordeling van Geneesmiddelen bedragen € 0,6 miljoen.

Afschrijvingskosten

De afschrijvingskosten bedragen € 0,7 miljoen. De afschrijvingstermijnen bedragen voor software 3 jaar, automatiseringsapparatuur 3 jaar, kantoorapparatuur 7 jaar en meubilair 5 tot 10 jaar.

Tabel 1.2: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Rekening courant RHB 1 januari (incl. deposito)	10 694	11 632	11 786	12 086	12 386	12 686
2. Totaal operationele kasstroom	3 347	354	500	500	500	500
3a. -/- totaal investeringen	- 844	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200
3b. +/- totaal boekwaarde desinvesteringen	-	-	-	-	-	-
3. Totaal investeringskasstroom	- 844	- 200	- 200	- 200	- 200	- 200
4a. -/- eenmalige uitkering aan moederdepartement	- 1 565	- 5 623	-	-	-	-
4b. +/- eenmalige storting door moederdepartement	-	5 623	-	-	-	-
4c. -/- aflossingen op leningen	-	-	-	-	-	-
4d. +/- beroep op leenfaciliteit	-	-	-	-	-	-
4. Totaal financieringskasstroom	- 1 565	0	0	0	0	0
5. Rekening courant RHB 31 december (incl. deposito)						
(=1+2+3+4) (maximale roodstand 0,5 miljoen euro)	11 632	11 786	12 086	12 386	12 686	12 986

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

Het CIBG is een uitvoeringsorganisatie opgericht in 2000 en vloeit voort uit het kabinetsbesluit (1996) tot scheiding van beleid, uitvoering en toezicht. Sinds 1 januari 2003 is het CIBG een agentschap. De organisatie bestaat uit een centrale organisatie en tien uitvoerende eenheden.

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
- registratie en bedrijfsvoering donoren kunstmatige bevruchting
- ambtelijke ondersteuning en bedrijfsvoering toetsingscommissies euthanasie
- ambtelijke ondersteuning en bedrijfsvoering deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging pasgeborenen
- verwerking van aanvraag, productie en uitgifte UZI-passen
- het faciliteren van opvragen en verifiëren van het Burger Service Nummer (BSN)
- registratie en informatie wilsbeschikkingen m.b.t. orgaan- en weefsel-donatie
- vaststellen vergoedingslimieten en maximumprijzen van geneesmiddelen
- verlenen van vergunningen en ontheffingen voor farmacie en opiumwet
- verlenen van toelatingen aan zorginstellingen

Tabel 2.1 Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Baten							
opbrengst moederdepartement	6 880	13 576	22 968	22 968	22 968	22 968	22 968
opbrengst derden	2 293	2 431	2 581	2 581	2 581	2 581	2 581
rentebaten	54	10	10	10	10	10	10
buitengewone baten	827	0	0	0	0	0	0
exploitatiebijdrage	11 922						
Totaal baten	21 976	16 017	25 559	25 559	25 559	25 559	25 559
Lasten							
apparaatkosten	20 961	14 907	23 693	23 710	23 761	23 760	23 760
– personele kosten	9 038	7 907	11 544	11 544	11 544	11 544	11 544
– materiële kosten	10 234	7 000	10 111	10 128	10 179	10 178	10 178
– huisvestingskosten	1 689		2 038	2 038	2 038	2 038	2 038
rentelasten	60	113	76	59	43	44	44
afschrijvingskosten	431	907	1 740	1 740	1 705	1 705	1 705
– materieel	259	367	400	400	400	400	400
– immaterieel	172	540	1 340	1 340	1 305	1 305	1 305
dotaties voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
buitengewone lasten	877	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	22 329	15 927	25 509	25 509	25 509	25 509	25 509
Saldo van baten en lasten	– 353	90	50	50	50	50	50

Baten*Opbrengst moederdepartement*

De baten worden grotendeels gevormd door de opdrachten voor:

- RIBIZ (Registratie en Informatie Beroepen In de Zorg),
- Secretariaten Regionale Toetsingcommissies Euthanasie,
- Secretariaat Deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging pasgeborenen,
- Secretariaat Register van Donoren kunstmatige bevruchting
- Tuchtcolleges,
- UZI-register,
- SBVz (Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg).
- Farmatec
- Donorregister,
- Toelating Zorginstellingen.

In 2008 zal het CIBG mogelijk worden uitgebreid met nieuwe taken. Omdat de financiële omvang van deze taken nog onvoldoende bekend is, zijn zij nog niet als zodanig in de begroting 2008 opgenomen, maar worden onderstaand als PM vermeld.

- De databank Maatschappelijke Verantwoording
- Basisregister zorgaanbieders

Tabel 2.2: Overzicht opbrengst moederdepartement (bedragen x € 1 000)

	Realisatie 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RIBIZ	2 119	2 486	3 167	3 167	3 167	3 167	3 167
Regionale toetsingscie Euthanasie	761	772	1 057	1 057	1 057	1 057	1 057
Donorregister	3 449	3 157	3 699	3 699	3 699	3 699	3 699
Farmatec	551	636	1 109	1 109	1 109	1 109	1 109
Tuchtcolleges		2 925	3 179	3 179	3 179	3 179	3 179
UZI-register		3 600	4 300	4 300	4 300	4 300	4 300
SBVZ			4 229	4 229	4 229	4 229	4 229
Toelating zorginstellingen			1 918	1 918	1 918	1 918	1 918
DKB			98	98	98	98	98
LZALP			82	82	82	82	82
Exploitatiebijdragen							
UZI-register	3 942						
SBVZ	2 906						
Tuchtcolleges	3 179						
Toelating zorginstellingen	300						
BMC	170		130	130	130	130	130
Overige	1 425						
Totaal	18 802	13 576¹	22 968	22 968	22 968	22 968	22 968

¹ Voor 2007 zijn de geraamde opbrengsten uit de begroting 2007 opgenomen, exclusief de geraamde inkomsten uit de exploitatiebijdragen. Dit verklaart de lage opbrengst in 2007.

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 € 1 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RIBIZ/BIG-regsiter	616	880	880	880	880	880	880
RIBIZ/Assessment			150	150	150	150	150
Farmatec	1 344	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250
Kwaliteitsregister	37	35	35	35	35	35	35
BMC	256	266	266	266	266	266	266
Overigen	40						
Totaal	2 293	2 431	2 581	2 581	2 581	2 581	2 581

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 UZI-register, SBVZ. Het gemiddelde uurtarief ligt rond de € 130 inclusief 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 (inclusief service en onderhoud) in de materiële lasten bedraagt in 2008 ruim € 2 miljoen.

Rentelasten

De rentelasten bestaan uit de verschuldigde rente op de initiële en investeringsleningen bij het ministerie van Financiën.

Afschrijvingskosten

In het jaar van investeren wordt met ingang van de maand van ingebruikname afgeschreven. De specificatie van de verwachte afschrijvingen en investeringen en daarmee van het verloop van de boekwaarde in het jaar 2007 en 2008 is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2.4: Verloopoverzicht activa (bedragen x € 1 000)

	Afschrijvingstermijn	Boekwaarde 31-12-06	Invest 2007	Afs 2007	Boekwaarde 31-12-07	Invest 2008	Afs 2008	Boekwaarde 31-12-08
Inventaris	10	659	100	100	659	100	102	657
Automatisering	3	255	825	242	838	100	272	666
Overige	5	122	20	25	117	25	26	116
Immaterieel	5	2 707	3 650	540	5 817	0	1 340	4 477
<i>Vera</i>		197	200	50	347		100	247
<i>Geneur</i>		688		180	508		180	328
<i>Zorro</i>		1 567	500	250	1 817		420	1 397
<i>Odisys</i>		255	950	60	1 145		240	905
<i>Genmid</i>			2 000		2 000		400	1 600
Totaal		3 743	4 595	907	7 431	225	1 740	5 916

Tabel 2.5: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. Rekening-courant RIC 1 januari (incl. deposito)	3 632	5 156	4 485	4 199	3 930	3 884	3 839
2. Totaal operationele kasstroom	2 257	1 154	1 181	1 198	1 239	1 240	1 241
3a. Totaal investeringen -/-	- 2 403	- 4 595	- 225	- 225	- 225	- 225	- 225
3b. Totaal boekwaarde desinvesteringen	0	0	0	0	0	0	0
3. Totaal investeringskasstroom	- 2 403	- 4 595	- 225	- 225	- 225	- 225	- 225
4a. Eenmalige uitkering aan moederdepartement -/-	- 777						
4b. Eenmalige storting door moederdepartement							
4c. Aflossing op leningen -/-	- 53	- 555	- 1 242	- 1 242	- 1 060	- 1 060	- 1 060
4d. Beroep op leenfaciliteit	2 500	3 325					
4. Totaal financieringskasstroom	1 670	2 770	- 1 242	- 1 242	- 1 060	- 1 060	- 1 060
5. Rekening-courant RIC 31 december	5 156	4 485	4 199	3 930	3 884	3 839	3 795

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)

Sinds 1 januari 2004 is het RIVM een baten-lastendienst van het ministerie van VWS. Het RIVM is een kennisinstituut dat werkzaam is op de werkvelden volksgezondheid, voeding, milieu en veiligheid.

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. Naast onderzoeks- en adviesopdrachten voor departementen en regionale overheden vervult het RIVM ook regiefuncties en de landelijke coördinatie van preventie- en interventieprogramma's. In het kader van de regie over het Rijksvaccinatieprogramma bestaat het voornemen om de landelijke en regionale eenheden (entadministraties) per 1 januari 2008 onder te brengen in het RIVM. De hiermee samenhangende apparaats- en programmakosten zullen in de RIVM-begroting worden opgenomen.

Tabel 3.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Baten							
Opbrengst VWS eigenaar	14 617	15 317	15 774	19 775	19 703	19 558	19 558
Opbrengst VWS opdrachtgevers	75 817	83 605	67 074	60 847	58 687	58 687	58 687
Opbrengst VROM	45 136	46 593	45 351	37 698	36 398	36 398	36 398
Opbrengst LNV	1 521	500	1 350	1 350	1 350	1 350	1 350
Opbrengst overige ministeries	2 625	2 443	2 625	2 625	2 625	2 625	2 625
Opbrengst derden	37 402	45 909	29 000	29 000	29 000	29 000	29 000
Rentebaten	1 369	500	500	500	500	500	500
Vrijval voorzieningen	1 397	0	0	0	0	0	0
Buitengewone baten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal baten	179 884	194 867	161 674	151 795	148 263	148 118	148 118
Lasten							
Apparaatkosten							
– personele kosten	81 598	88 793	90 044	89 519	88 470	86 372	86 372
– materiële kosten	92 427	101 957	67 897	58 543	56 060	58 013	58 013
Rentelasten	268	213	213	213	213	213	213
Afschrijvingskosten							
– materieel	2 724	3 056	3 056	3 056	3 056	3 056	3 056
– immaterieel	244	464	464	464	464	464	464
Dotaties voorzieningen	2 502	50	0	0	0	0	0
Buitengewone lasten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	179 763	194 533	161 674	151 795	148 263	148 118	148 118
Saldo van baten en lasten	122	334	0	0	0	0	0

Toelichting

De bedragen 2006 betreffen de gerealiseerde baten en lasten volgens de jaarrekening over 2006. De bedragen 2007 betreffen het vermoedelijk beloop. De bedragen voor 2008 en verder zijn gebaseerd op de opdracht-brieven van de primaire opdrachtgevers VWS en VROM en betreffen – op verzoek van de primaire opdrachtgevers – voornamelijk de reguliere opdrachten. Uit ervaring is bekend dat de uiteindelijke realisatie hoger zal uitvallen doordat de primaire opdrachtgevers jaarlijks aanvullende opdrachten verstrekken. De overige omzet-bedragen zijn gebaseerd op lopende en naar verwachting nog aan te gane contracten met overige opdrachtgevers. In deze begroting zijn verwerkt de taakstellingen die het RIVM opgelegd heeft gekregen op grond van het coalitieakkoord Balkenende IV. De taakstellingen worden grotendeels ingevuld via efficiencymaatregelen waartoe de reële tarieven van het RIVM (dus los van algemene loon- en prijsontwikkelingen) worden verlaagd met 2% vanaf 2008, 4% vanaf 2009 en 6% vanaf 2010. Over de concrete invulling van het restant van de totale taakstelling van 10% in 2011 zal te zijner tijd nog besluitvorming plaatsvinden.

Baten*Opbrengst VWS-eigenaar*

De geraamde baten van VWS-eigenaar worden begroot op artikel 98 van de VWS-begroting. Ze zijn hoofdzakelijk bestemd voor het strategisch onderzoek. Verder is een bedrag van € 3,6 miljoen beschikbaar als aanvullend huisvestingsbudget. 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 € 11,6 miljoen structureel vanaf het jaar 2014. Dit bedrag is in de meerjarenramingen als volgt opgenomen:

- vanaf 2004 structureel € 3,6 miljoen per jaar;
- vanaf 2009 nogmaals structureel € 4 miljoen per jaar;
- vanaf 2014 nogmaals structureel € 4 miljoen per jaar.

Opbrengst VWS-opdrachtgevers

De geraamde baten van VWS-opdrachtgevers betreffen inkomsten die het RIVM op grond van de opdrachtbrief 2008 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 zijn opgenomen 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 positieve saldo op de rekening-courant genereert de rentebaten.

Lasten

Personele kosten

De personeelskosten zijn onder meer opgebouwd uit salariskosten en overige personeelskosten.

Tabel 3.2: Personeelskosten (bedragen x € 1 000)	
	Raming 2008
Salarissen	76 900
Overige personeelskosten	2 990
Totaal	79 890
Aantal fte's o.b.v. verwachte gemiddelde bezetting	1 319
Gemiddelde kosten per fte (in €)	60 569

Daarboven is in de personeelskosten een bedrag van € 10,2 miljoen opgenomen voor inhuur vervangende en extra capaciteit.

Materiële kosten

Het bedrag voor de materiële lasten ad € 67,9 miljoen kan als volgt worden onderverdeeld:

- laboratorium- en facilitaire kosten € 24,2 miljoen
- uitbested en ingekocht onderzoek en advies € 27,8 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 3.3 vermelde afschrijvingstermijnen.

Tabel 3.3: Afschrijvingen (bedragen x € 1 000)		
	Afschrijvingstermijn in jaren	2008
Software en licenties	3	464
Gebouwinstallaties en infrastructuur	5	491
Laboratoriumapparatuur	5	1 439
Vervoermiddelen	4	140
IT + audiovisuele apparatuur	3	942
Facilitaire apparatuur	3	44
	Totaal	3 520

De afschrijvingskosten voor 2008 omvatten de kosten van afschrijvingen op de per balansdatum 31 december 2006 aanwezige activa, vermeerderd met de kosten van afschrijvingen op de in 2007 en 2008 aan te schaffen activa.

Tabel 3.4: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1 000)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. Rekening-courant 1 januari	49 864	67 061	52 891	42 771	38 910	36 974	36 664
2. Totaal operationele kasstroom	23 567	- 10 650	- 6 600	- 341	1 584	3 210	2 999
3a. Totaal investeringen -/-	- 3 612	- 3 520	- 3 520	- 3 520	- 3 520	- 3 520	- 3 520
3b. Totaal boekwaarde desinvesteringen	120	0	0	0	0	0	0
3. Totaal investeringskasstroom	- 3 492	- 3 520	- 3 520	- 3 520	- 3 520	- 3 520	- 3 520
4a. Eenmalige uitkering aan moederdepartement -/-	0	0	0	0	0	0	0
4b. Eenmalige storting door moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
4c. Aflossing op leningen -/-	- 2 878	0	0	0	0	0	0
4d. Beroep op leenfaciliteit	0	0	0	0	0	0	0
4. Totaal financieringskasstroom	- 2 878	0	0	0	0	0	0
5. Rekening-courant 31 december	67 061	52 891	42 771	38 910	36 974	36 664	36 142

Toelichting op het kasstroomoverzicht

De totale operationele kasstroom ad – € 6,6 miljoen bestaat uit het exploitatieresultaat, de afschrijvingen en de mutaties van het bedrijfskapitaal.

De investeringskasstroom bestaat uit de investeringen die zijn begroot op een bedrag van € 3,5 miljoen.

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)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Baten							
opbrengst moederdepartement	30 161	53 570	36 963	40 510	43 908	32 129	32 129
opbrengst derden	93 942	99 647	103 282	105 392	108 616	112 578	112 506
rentebaten	165	23	32	30	41	67	67
Totaal baten	124 268	153 240	140 277	145 932	152 565	144 774	144 702
Lasten							
apparaatkosten							
– personele kosten	20 870	24 295	24 250	24 206	24 117	23 938	23 938
– materiële kosten	98 157	122 760	110 187	113 073	117 250	106 870	106 870
rentelasten	508	960	1 231	1 502	1 848	1 809	1 715
Afschrijvingskosten							
– materieel	3 581	5 135	5 500	7 000	8 500	10 000	10 000
– immaterieel							
dotaties voorzieningen							
buitengewone lasten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	123 116	153 150	141 168	145 781	151 715	142 617	142 523
Saldo van baten en lasten	1 152	90	– 891	151	850	2 157	2 179

De bedragen 2006 betreffen de realisatiecijfers conform het jaarverslag 2006. De bedragen 2007 betreffen de cijfers uit de ontwerpbegroting 2007. De begroting voor het jaar 2008 geeft een overzicht van de baten en lasten NVI op het prijspeil van het jaar 2007. Deze begroting is doorgezet tot en met 2012, waarbij rekening is gehouden met de taakstelling, te verwachten mutaties 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.

Inzet is om het eerder in het kader van het instellingstraject baten-lastendienst overeengekomen kostprijsmodel per 1 januari 2008 te implementeren. In 2006 heeft een nacalculatie over 2004/2005 plaatsgevonden en een doorrekening met de cijfers uit de begroting 2006. Op basis van de uitkomsten daarvan en eerdere bevindingen van de Auditdienst is besloten tot herziening van het kostprijsmodel. De (budgetneutrale) doorwerking hiervan in de begrotingspresentatie voor 2008 zal dan bij eerste suppletore wet kunnen worden verwerkt.

Baten

Opbrengst moederdepartement

De opbrengst van het moederdepartement wordt geraamd op artikel 41. In 2008 belooft de opbrengst van het moederdepartement € 37 miljoen. Er is rekening gehouden met de taakstelling.

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

VWS opdrachtgever	11 440
VWS eigenaar	8 133
Bijdrage DKTP(HibHep)	9 577
Bijdrage RSV	3 700
Overig	4 113
Totale bijdrage moederdepartement	36 963

Opbrengst derden

Onder de opbrengst derden is € 61 miljoen opgenomen als inkomsten AWBZ. Dat zijn de vergoedingen die de provinciale entadministraties aan het NVI betalen voor de vaccins. Onder de opbrengsten derden is € 12 miljoen opgenomen voor het uitvoeren van de griepcampagne.

De post opbrengst derden omvat in 2008 verder € 30 miljoen aan exportomzet (Duitsland, Korea en India) en omzet voor het verkopen van technologie, het uitvoeren van kwaliteitstesten en (projectmatige) werkzaamheden voor bedrijven en instellingen (waaronder RIVM).

Rentebaten

Rentebaten ontstaan door positieve saldi op de rekening-courant.

Lasten*Personele kosten*

De personele kosten bestaan voor € 23,3 miljoen uit loonkosten. Hier is de personele taakstelling in verwerkt. De totale taakstelling is € 0,4 miljoen (6,5 fte's). In 2008 is hiervan € 45 000 (0,8 fte) verwerkt. 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. De inzet van eigen personeel ten behoeve van investeringsprojecten, wordt geactiveerd en drukt niet op de exploitatie, dit betreft een bedrag van € 1,2 miljoen.

Personele kosten (in € 1 000)	23 349
Aantal FTE's o.b.v. gemiddelde bezetting	417
Gemiddelde kosten per FTE (in €)	55 993

Materiële kosten

Het bedrag voor de materiële lasten ad € 110,2 miljoen kan als volgt worden onderverdeeld:

Tabel 4.3: Materiële kosten (bedragen x € 1 000)	
	2008
Onderhoudskosten	6 368
Huurkosten	8 778
Overige kosten gebouwen	5 684
Productiekosten	8 399
Algemene kosten	3 407
Advieskosten/uitbestedingen	10 856
Kosten inhuur RIVM	802
Aangekocht product	65 894
Totaal	110 188

De kosten van «aangekocht product» bestaan uit de aangekochte producten voor het RVP (DKTPHib(Hep), MenC, Pneumokokken, bulk aK en Hib) en de griepcampagne.

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.

Afschrijvingskosten

Tabel 4.4: Investerings en afschrijvingskosten (bedragen x € 1 000)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Inventaris/installaties	3 672	13 500	12 000	6 400	5 000	5 000	5 000
Overig	9 096	6 600	5 800	3 100	2 500	2 500	2 500
Totaal	12 768	20 100	17 800	9 500	7 500	7 500	7 500
Afschrijvingskosten	3 581	5 135	5 500	7 000	8 500	10 000	10 000

In 2008 wordt een investeringsniveau verwacht van € 17,8 miljoen. Dit zijn vooral vervangings- (Bioreactor Control Systeem) en kwaliteitsinvesteringen (Master Data Herstel/Manufacturing Execution System/Laboratorium Informatie Management Systeem).

Tabel 4.5: Afschrijvingstermijn (bedragen x € 1 000)		
	Afschrijvingstermijn in jaren	2008
Inventaris/installaties	5	1 600
Inventaris/installaties	10	3 900
Totaal		5 500

Tabel 4.6: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1 000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. Rekening courant RHB 1 januari	44 393	34 055	5 006	3 227	2 357	2 294	3 962
2. Totaal operationele kasstroom	- 34 751	- 25 449	4 109	7 151	9 350	12 157	12 179
3a. -/- Totaal investeringen	- 12 768	- 20 100	- 17 800	- 9 500	- 7 500	- 7 500	- 7 500
3b. + Totaal boekwaarde des- investeringen	0	0	0	0	0	0	0
3. Totaal investeringskasstroom	- 12 768	- 20 100	- 17 800	- 9 500	- 7 500	- 7 500	- 7 500
4a. -/- Eenmalige uitkering aan moederdepartement	1 900	0	0	0	0	0	0
4b. + Eenmalige storting door moederde- partement	25 809	0	0	0	0	0	0
4c. -/- Aflossing op leningen	- 2 858	- 3 600	- 5 888	- 8 021	- 9 413	- 10 489	- 10 681
4d. + Beroep op leningsfaciliteit	16 130	20 100	17 800	9 500	7 500	7 500	7 500
4. Totaal financieringskasstroom	37 181	16 500	11 912	1 479	- 1 913	- 2 989	- 3 181
5. Rekening courant RHB 31 december	34 055	5 006	3 227	2 357	2 294	3 962	5 460

De operationele kasstroom wordt in 2006 en 2007 beïnvloed door de aanschaf van antivirale middelen en de tijdelijke aanschaf van DKTPHib. Eind 2006 is een eenmalige opbrengst van het moederdepartement ontvangen voor de betaling in 2007, dit verklaart het hoge saldo op de rekening courant ultimo 2006.

BEDRIJFSVOERINGSPARAGRAAF

In de bedrijfsvoeringsparagraaf wordt ingegaan op de onderwerpen in de bedrijfsvoering die specifiek in 2008 aan de orde zullen zijn. Deze paragraaf heeft uitdrukkelijk het karakter van een uitzonderingsrapportage.

Financieel en materieel beheer

Subsidiebeheer

VWS heeft de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in de verbetering van het subsidiebeheer. Deze maatregelen houden onder andere het volgende in:

- het opzetten en implementeren van een workflow-systeem (Subsidieplein);
- het opstellen van nieuwe subsidieregelgeving;
- werken met een intern expertisecentrum subsidies;
- het strikter toepassen van bestaande sanctieregels.

De focus ligt nu bij het verder inbedden van deze aangescherpte werkwijze binnen de organisatie en blijvende aandacht houden voor de uitvoering van het subsidiebeheer. We verwachten dat de effecten van deze inspanningen leiden tot een adequaat en zorgvuldig subsidiebeheer in 2008.

Zorgtoeslag

Het is de verwachting dat de Belastingdienst eind 2007 de verstrekte voorschotten over 2006 definitief heeft vastgesteld. 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 2008 verantwoorden over de stand en de mutaties in de openstaande voorschotten.

Overige bedrijfsvoeringsaspecten

Personeel en Organisatie

In 2008 zal de inspanning van de organisatie zich voor een groot deel richten op de invulling van de taakstelling. Het is de bedoeling dat VWS 941 fte inlevert in de periode tussen 2008 en 2011. De verdeling van deze taakstelling over de verschillende kolommen en/of onderdelen van VWS vindt plaats volgens onderstaande tabel.

Categorie	Uitgangspunt in fte	Taakstelling in fte	Taakstelling in budget (x € 1 000)
Beleid	765	132	8 813
Staf en ondersteuning	422	105	6 011
Adviesraden en planbureaus	153	31	2 098
Inspecties	1 199	186	13 318
Uitvoering			
– Agentschappen	1 058	99	5 680
– Zbo's	2 932	389	20 682
Totaal	6 529	941	56 602

Bron: plan van aanpak VWS Samen zorgen voor beter

VWS heeft zich tot doel gesteld deze taakstelling te realiseren door medewerkers zoveel mogelijk van werk naar werk te begeleiden, waardoor het aantal gedwongen ontslagen tot een minimum beperkt zal worden. Loopbaanontwikkeling en mobiliteit zijn hierbij de sleutelbegrippen. Er zal een cultuuromslag in gang gezet worden van «vast en zeker» naar «flexibel en veilig». De eerste concrete acties hiertoe zullen in 2008 in gang gezet worden. Zo zal in 2008 het zogenaamde 3-5-7-jaar model geïmplementeerd worden, waarbij de jaren in het model de momenten markeren dat de loopbaan van de medewerker nadrukkelijk aandacht krijgt in het functioneringsgesprek.

Daarnaast zal in 2008 verder geïnvesteerd worden in de flexibilisering van de organisatie onder andere door de werkzaamheden meer horizontaal te organiseren. Ook kan kostenbesparing gerealiseerd worden door meer interdepartementale samenwerking op het gebied van de auditfunctie, ICT, HRM en communicatie.

Informatiebeleid

De veranderingen in de beleidsprocessen en de vernieuwing van de rijksdienst stellen nieuwe eisen aan de informatieverwerking binnen VWS en de hiervoor benodigde IT-middelen. Met het oog hierop is de «I- en IT-visie en informatiseringsagenda» van VWS ontwikkeld. De visie geeft een gemeenschappelijk toekomstbeeld op het gebied van informatie en IT en biedt inzicht in de samenhang tussen beleid en bedrijfsvoering op dit gebied. De visie zal gefaseerd worden gerealiseerd in zes programma's tussen 2007 en 2012. Samen vormen deze programma's de informatiseringsagenda van VWS.

Ten behoeve van de zes programma's zal ook de ICT-infrastructuur van VWS in de komende jaren worden aangepast. Voor alle programma's geldt dat zoveel mogelijk gestreefd zal worden naar interdepartementale samenwerking. Ook zal de verbinding met de baten-lastendiensten en inspecties bij de uitvoering betrokken worden.

Informatiebeveiliging en Wet bescherming persoonsgegevens

Op basis van het Plan van aanpak Informatiebeveiliging en Wbp 2007–2008 wordt het voor VWS vastgestelde gemeenschappelijke basisniveau voor informatiebeveiliging in 2008 ingevoerd. Het fundament van dit plan wordt gevormd door het VIR (Voorschrift Informatiebeveiliging rijksoverheid) dat per 1 juli 2007 in werking is getreden. Dit houdt onder andere in dat VWS in alle opzichten voldoet aan de Wet bescherming persoonsgegevens, er een beleidsdocument «Bijzondere informatie» gemaakt wordt, er afspraken gemaakt worden over een veilige uitwisseling van informatie tussen het kerndepartement en de VWS diensten, en er een incidentenregistratie tot stand komt.

FINANCIEEL BEELD ZORG

1. Inleiding

Voor de collectief gefinancierde zorguitgaven geldt een ander uitgavenplafond dan voor de meeste begrotingsgefinancierde uitgaven, namelijk het Budgettair Kader Zorg (BKZ). In deze bijlage bezien we het BKZ en de uitgaven die daaronder vallen in samenhang en totaliteit.

Paragraaf 2 beschrijft de definitie van het BKZ en de uitgavenbegrippen die daarbij van belang zijn. In paragraaf 3 komen het BKZ en de uitgaven onder het BKZ die in deze begroting zijn opgenomen aan de orde. Deze worden vergeleken met de uitgaventotalen in de begroting 2007. 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 kapitaallasten in de gezondheidszorg. Paragraaf 4 toont de financiering van de zorguitgaven en de ontwikkeling van de premies (AWBZ en Zvw).

2. BKZ, uitgavenbegrippen en definitie

Het kabinet heeft in het coalitieakkoord afspraken vastgelegd over de budgettaire ruimte die in de jaren tot en met 2011 beschikbaar is voor de collectieve zorguitgaven, het Budgettair Kader Zorg. Het uitgavenplafond dat in het coalitieakkoord is afgesproken wordt 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.

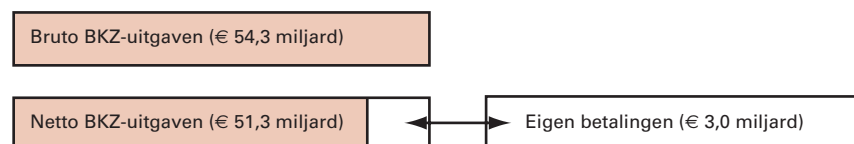
Uitgaven die vallen onder het Budgettair Kader Zorg zijn de zorguitgaven die behoren tot het verzekerde pakket van de AWBZ en de Zvw. Daarnaast vallen onder het BKZ ook de bedragen die in het Gemeentefonds beschikbaar zijn gesteld voor de zorgkosten die gemeenten door de invoering van de Wmo dragen en die voorheen door de AWBZ werden gedekt. Deze bedragen staan niet op de VWS-begroting, maar op de begroting van het Gemeentefonds. Verder vallen de opleidingskosten voor de erkende medische en tandheelkundige specialismen en voor een aantal medische specialisaties onder het BKZ. Deze opleidingskosten worden vanuit de begroting gefinancierd en onder artikel 42 van de VWS-begroting verantwoord. Ten slotte zijn er bedragen voor zorguitgaven gereserveerd op de aanvullende post van de begroting van het ministerie van Financiën die vallen onder het BKZ. Het omvangrijkste onderdeel daarvan betreft bedragen die gereserveerd zijn voor de regeling die in de plaats zal komen van de huidige fiscale regeling voor compensatie van buitengewone uitgaven zorg. Al deze uitgaven samen worden de BKZ-uitgaven genoemd.

De BKZ-uitgaven die betrekking hebben op het verzekerde pakket van de AWBZ en de Zvw worden ook wel, naar de voornaamste financieringsbron, premiegefinancierde uitgaven of premie-uitgaven genoemd. In werkelijkheid worden deze uitgaven niet alleen gefinancierd uit de premieheffing AWBZ en Zvw, maar ook uit rijksbijdragen en eigen betalingen van de zorgconsumenten.

Een deel van de BKZ-uitgaven wordt niet uit collectieve middelen gefinancierd, maar door de zorgconsumenten zelf, de eigen betalingen. De BKZ-uitgaven verminderd met deze eigen betalingen worden de netto-BKZ-uitgaven genoemd. De netto BKZ-uitgaven zijn de collectief gefinancierde zorguitgaven. Het zijn deze netto-BKZ-uitgaven die worden getoetst aan het door het kabinet vastgestelde Budgettair Kader Zorg.

Voor de BKZ-uitgaven inclusief de eigen betalingen wordt de term bruto BKZ-uitgaven gehanteerd. Figuur 1 geeft de relatie tussen deze twee uitgavenbegrippen en de bijbehorende (afgeronde) bedragen voor het jaar 2008.

Figuur 1 – De relatie tussen bruto en netto BKZ-uitgaven



Bron: VWS

3. BKZ en BKZ-uitgaven

3.1 Vaststelling van het BKZ voor deze kabinetsperiode

Het kabinet heeft in het coalitieakkoord afspraken vastgelegd over de budgettaire ruimte die in de jaren tot en met 2011 beschikbaar is voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het BKZ wordt weergegeven in tabel 1. Het BKZ is gebaseerd op de CPB-analyses over de budgettaire ontwikkelingen van de collectieve sector. Hiervoor heeft het CPB een scenario voor de zorguitgaven gemaakt voor de middellange termijn bij ongewijzigd beleid. In dit scenario wordt de volumegroei bepaald door de bevolkingsgroei, vergrijzing en door technologische vooruitgang, kwalitatief betere zorg en meer vraag naar zorg door een stijging van de welvaart. Daarnaast groeien de uitgaven van de zorg door de prijsstijging in de zorgsector. Die stijgen sneller dan de algemene inflatie in de economie. Dit komt doordat de arbeidsproductiviteit in de zorg minder snel groeit dan in de rest van de economie en de prijzen van nieuwe geneesmiddelen sneller stijgen dan de algemene inflatie.

Tabel 1 – Ontwikkeling Budgettair Kader Zorg 2008–2011				
bedragen in € miljoen	2008	2009	2010	2011
Budgettair Kader Zorg	51 321,4	55 493,0	58 680,6	62 163,4

3.2. Uitgavenontwikkeling na de begroting 2007

Tabel 2 laat de ontwikkeling van de netto BKZ-uitgaven zien vanaf de stand ontwerpbegroting 2007. Eerst worden de wijzigingen uit het Jaarverslag 2006 en de 1e Suppletore Wet 2007 weergegeven. Dan volgen de wijzigingen die daarna hebben plaatsgevonden.

Tabel 2 – Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven in de jaren 2006 t/m 2012

bedragen in € miljoen	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007	44 058,6	46 375,0	49 172,7	51 706,1	54 300,3	57 085,2	
<i>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>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>	
Mutaties Jaarverslag 2006/1e Suppletore Wet 2007							
<i>Mutaties</i>							
a. Voorlopige afrekening 2006	394,9	1 066,5	1 067,2	1 067,2	1 067,2	1 067,2	
b. Niet-gerealiseerde korting ziekenhuizen		145,5	145,5	145,5	145,5	145,5	
c. Persoonsgebonden budgetten		60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	
d. Macro loon- en prijsbijstelling (CEP 2007)		- 74,2	- 107,7	- 114,7	- 128,7	- 141,7	
e. Financieringsmutaties	- 140,8	107,9					
f. IJklijnmutaties	34,5	- 3,6	- 2,6	- 2,6	- 6,0	- 6,0	
g. Overige mutaties		52,2	53,6	59,7	59,7	59,7	
Stand Jaarverslag 2006/1e Suppletore Wet 2007	44 347,2	47 729,3	50 388,7	52 921,2	55 498,0	58 269,9	
<i>wv uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>48 194,4</i>	<i>51 441,2</i>	<i>54 164,8</i>	<i>56 803,8</i>	<i>59 488,5</i>	<i>62 369,4</i>	
<i>wv ontvangsten</i>	<i>3 847,2</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>	
Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers							
h. Aanvullende afrekening 2006	396,8	146,6	150,5	150,5	150,5	150,5	
Maatregelen en beleidsaanpassingen							
i. Enveloppe Zorg			230,0	210,0	237,0	268,0	
j. Pakketuitbreiding			204,0	204,0	204,0	204,0	
k. Maatregel uurtarief medisch specialisten			- 175,0	- 175,0	- 175,0	- 175,0	
l. Uitgavenbeperking ziekenhuizen			- 160,0	- 160,0	- 160,0	- 160,0	
m. Maatstafconcurrentie ziekenhuizen				- 15,0	- 90,0	- 240,0	
n. Geneesmiddelen			- 340,0	- 340,0	- 340,0	- 340,0	
o. Maatregelen care			- 350,0	- 630,0	- 700,0	- 795,0	
wv schrappen grondslag somatisch/prijismaatregel			- 120,0	- 330,0	- 330,0	- 330,0	
wv best practices/efficiencykorting			- 115,0	- 190,0	- 265,0	- 360,0	
wv klassemiddenmaatregel			- 115,0	- 110,0	- 105,0	- 105,0	
p. Maatregel eigen betalingen AWBZ				- 80,0	- 80,0	- 80,0	
q. Maatregelen huisartsen		- 23,8	- 57,4	- 57,5	- 57,5	- 57,5	
r. Incidentele meevaller kapitaallasten		- 81,0					
s. Invoering eigen risico			761,4	778,7	731,2	785,7	
t. OVA			56,9	122,4	199,9	289,0	
Technische en macro-economische mutaties							
u. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2008)		- 14,7	495,7	1 160,9	1 774,2	2 394,8	
v. Financieringsmutaties	- 53,2	65,9					
w. IJklijnmutaties		- 11,4	- 13,4	- 13,4	- 13,4	- 13,4	
x. BKZ			- 45,6	- 7,3	132,3	273,1	
y. Overige mutaties	34,5	105,5	175,6	1 423,5	1 369,7	1 389,3	
Stand ontwerpbegroting 2008	44 725,3	47 916,4	51 321,4	55 493,0	58 680,9	62 163,4	65 868,9
<i>wv uitgaven (bruto BKZ)</i>	<i>48 572,5</i>	<i>51 631,2</i>	<i>54 349,7</i>	<i>58 727,3</i>	<i>62 057,4</i>	<i>65 698,6</i>	<i>69 543,1</i>
<i>wv ontvangsten</i>	<i>3 847,2</i>	<i>3 714,8</i>	<i>3 028,3</i>	<i>3 234,3</i>	<i>3 376,5</i>	<i>3 535,2</i>	<i>3 674,2</i>

Toelichting bij de mutaties in tabel 2:

a. Voorlopige afrekening 2006

Uit de voorlopige afrekening van de uitgaven 2006 blijkt dat de uitgaven in 2006 € 395 miljoen hoger uitkomen. Dit saldo wordt voornamelijk veroorzaakt door tegenvallers in de huisartsenzorg (€ 190 miljoen), AWBZ-convenantsectoren (€ 279 miljoen) en bij de PGB's (€ 70 miljoen). Meevallers deden zich onder andere voor bij de hulpmiddelen (€ 70 miljoen), kraamzorg (€ 52 miljoen) en tandheelkundige zorg (€ 27 miljoen). De structurele doorwerking van deze voorlopige afrekening is naar verwachting € 1 067 miljoen. Het saldo van mee- en tegenvallers bij de gezondheidszorg bedraagt € 553 miljoen en wordt vooral veroorzaakt door tegenvallers bij de ziekenhuizen, medisch specialistische zorg en huisartsenzorg. Bij de langdurige zorg komt de tegenvaller van € 462 miljoen voort uit tegenvallers bij de AWBZ-convenantsectoren (€ 335 miljoen) en bij de PGB's (€ 127 miljoen). De verwerking van de taakstelling vermindering ziekteverzuim zorgt voor een extra tegenvaller van € 52 miljoen bij de gebudgetteerde instellingen.

b. Ziekenhuizen

Naar aanleiding van de overschrijding van de beschikbare budgettaire ruimte die met de NVZ/NFU en ZN overeengekomen was in het prestatiecontract/convenant, heeft VWS een korting aan de ziekenhuizen opgelegd. Deze korting is aangekondigd in de begroting 2007. Hierop heeft de NVZ een kort geding tegen het ministerie van VWS aangespannen. De rechter bepaalde in het vonnis dat de schade evenwichtig tussen de partijen verdeeld moest worden. De overschrijding ziekenhuizen van € 291 miljoen in 2007 is vervolgens voor de helft opgelost door een structurele korting bij de ziekenhuizen. De andere helft van de overschrijding leidt tot hogere uitgaven onder het BKZ (€ 145,5 miljoen vanaf 2007).

c. Persoonsgebonden budgetten

Voor 2007 wordt een verdere groei van het aantal houders van een persoonsgebonden budget verwacht. Dit leidt tot € 60 miljoen hogere uitgaven, waarvan € 51 miljoen in de AWBZ en € 9 miljoen in de Wmo.

d. Macro loon- en prijsbijstelling (CEP 2007)

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

e. Financieringsmutaties

De voorlopige afrekening 2006 leidt voor 2007 tot een (incidentele) financieringsmutatie van € 107,9 miljoen. Bij de preventieve zorg (€ 10,9 miljoen) en het ambulancevervoer (€ 19 miljoen) en de gehandicaptenzorg (€ 52 miljoen) is ultimo 2006 sprake van een financieringsvoorsprong. Voor de geestelijke gezondheidszorg (€ 32,4 miljoen) en de verpleging en verzorging (€ 157,4 miljoen) was er ultimo 2006 een financieringsachterstand. De financieringsmutaties hebben betrekking op de nacalculatie van de voorsprongen en achterstanden in 2007.

f. Jklijnmutaties

Dit betreft een saldo van diverse mutaties tussen de verschillende uitgavenkaders en het BKZ. Onder andere betreft dit overhevelingen van de AIV-preventiemiddelen voor het kennisprogramma Jeugd ZonMw (€ 5,5 miljoen), de subsidieregeling diensten bij wonen met zorg naar de begroting van maatschappelijke opvang (€ 11,4 miljoen), de toevoeging

van het pneumokokkenbudget (€ 39,5 miljoen) aan het BKZ en het overboeken van de extra middelen voor het koppelingsfonds naar de VWS-begroting (€ 18,4 miljoen).

g. Overige mutaties

Deze post is het saldo van verschillende mutaties.

h. Aanvullende afrekening 2006

In juni zijn de zorguitgaven opnieuw afgerekend. Hiervoor is gebruik gemaakt van nieuwe (meer definitieve) cijfers van onder andere de NZa. De tegenvaller in 2006 valt voornamelijk hoger uit doordat de in de eerste suppletore wet gemelde structurele tegenvallers bij de ziekenhuizen (€ 202 miljoen) en medisch specialisten (€ 113 miljoen) nog niet waren verwerkt voor het jaar 2006. Uit deze herziene afrekening wordt het structurele beeld van de voorlopige afrekening in grote lijnen bevestigd, er blijkt een aanvullende tegenvaller van per saldo € 150,5 miljoen. Het saldo van mee- en tegenvallers bij de gezondheidszorg bedraagt € 25,5 miljoen en wordt veroorzaakt door tegenvallers bij de huisartsen, ambulances en overig curatieve zorg. Bij de langdurige zorg komt de tegenvaller van € 125 miljoen voort uit tegenvallers bij de AWBZ-convenantsectoren (€ 47 miljoen) en de PGB's (€ 78 miljoen) .

i. Enveloppe Zorg

In het coalitieakkoord is afgesproken € 500 miljoen extra te investeren in de zorg. Een klein deel (€ 60 miljoen) is ingezet om de effecten van de pakketuitbreidingen op de zorgtoeslag te dekken. Van de resterende € 440 miljoen is € 340 miljoen bestemd voor de care en € 100 miljoen voor de preventie en de cure. Van de extra middelen voor de care wordt € 230 miljoen (2008) binnen de premie (AWBZ) besteed. Het geld is bestemd voor het aantrekken van 5 000 tot 6 000 extra verpleegkundigen en verzorgenden (€ 110 miljoen), de verzorging van gehandicapte kinderen (€ 10 miljoen), de dagbesteding van gehandicapten (€ 40 miljoen) en voor volumegroei (€ 70 miljoen). Voor care wordt € 110 miljoen binnen de begroting besteed. Voor een toelichting op de verdeling van de bedragen tussen preventie, cure en care wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting bij de beleidsartikelen 41 tot en met 44 en naar de paragraaf Financieel beleid op hoofdlijnen in de Beleidsagenda.

j. Pakketuitbreiding

Deze post is het saldo van de mutaties die samenhangen met de uitbreiding van het verzekerde pakket per 1 januari 2008. In het coalitieakkoord is afgesproken het aantal uren kraamzorg uit te breiden (€ 34 miljoen) en de anticonceptiepill (€ 70 miljoen) weer in het verplichte pakket van de Zvw op te nemen. Daarnaast heeft het kabinet besloten om de aanspraak op mondzorg voor de jeugd uit te breiden van 18 tot 22 jaar. Daarbij is tevens besloten dat deze aanspraak buiten het eigen risico wordt gehouden.

k. Maatregel uurtarief medisch specialisten

Begin 2007 is overeenstemming bereikt met de Orde van Medisch Specialisten over de hoogte van het per 2008 in te voeren uurtarief voor medisch specialisten. Het uurtarief is vastgesteld op € 132 (prijsspeil 2006) en dat betekent een verlaging van € 15,50 ten opzichte van het macroneutrale uurtarief. Vrijgevestigde medisch specialisten en instellingen zijn vrij om binnen een bandbreedte van € 6,- onder en € 6,- boven het uurtarief afspraken te maken. Bovenop het uurtarief ontvangen de medisch

specialisten ook een vergoeding van € 0,50 per uur voor kwaliteit. Deze vergoeding zal door middel van een subsidie aan de medisch specialisten ter beschikking worden gesteld.

l. Uitgavenbeperking ziekenhuizen

In 2008 zal een taakstellende efficiencybesparing van € 160 miljoen worden opgelegd. Deze taakstelling zal worden verwerkt in de vorm van een structurele budgetkorting.

m. Maatstafconcurrentie ziekenhuizen

Met de afschaffing van de functionele bekostiging (FB) per 2009 zal voor een deel van de zorg maatstafconcurrentie worden ingevoerd. Maatstafconcurrentie is een vorm van prijsregulering die zorgt voor een beheerste prijsontwikkeling door relatief ondoelmatige zorgaanbieders te stimuleren hun zorg efficiënter te leveren. Voor de jaren 2009 tot en met 2011 zal de maatstaf worden vastgesteld op basis van een taakstellende efficiencybesparing.

n. Geneesmiddelen

Sinds 2004 zijn convenanten van kracht om de overgang mogelijk te maken naar een geneesmiddelenvoorziening met marktconforme onderhandelingen, effectieve prikkels voor kwaliteitsverbetering en doelmatigheidsbevordering en meer keuzevrijheid voor de patiënt. Kern van de afspraken was het beperken van de ruimte voor het geven van kortingen en bonussen en de introductie van een op prestatiebekostiging gerichte tariefstructuur voor apothekhoudenden. Waar mogelijk wordt centrale regelgeving buiten werking gesteld of afgeschaft. Bovenstaande uitgangspunten van beleid vragen om een transitie van de bestaande situatie naar een vanaf 2009 te bereiken meer normale marktsituatie. Deze transitie vergt een heldere langetermijnvisie en een stappenplan om die visie te kunnen verwezenlijken.

o. Maatregelen care

Als gevolg van de snel oplopende AWBZ-uitgaven, met name bij de persoonsgebonden budgetten en ondersteunende begeleiding (OB), wordt een aantal maatregelen doorgevoerd die een besparing genereren van € 350 miljoen in 2008, oplopend tot € 795 miljoen in 2011. Het betreft het schrappen van de somatische grondslag bij OB (€ 120 miljoen), vaste tarieven bij extramurale zorg (€ 115 miljoen) en een efficiencykorting ter voorbereiding op een systeem van kwaliteitsbeloning (best practices) (per saldo € 115 miljoen).

p. Maatregel eigen betalingen AWBZ

In 2009 zullen de eigen bijdragen worden aangescherpt in de AWBZ. Met gebruik van inkomens- en vermogenstoetsen zullen van meer draagkrachtige cliënten hogere eigen bijdragen voor de AWBZ worden gevraagd. Waar mogelijk zullen prikkels worden ingebouwd om onbedoeld gebruik te verminderen.

q. Maatregelen huisartsen

Om overschrijdingen op onderdelen van de huisartsenzorg te compenseren, worden maatregelen getroffen.

r. Incidentele meevaller kapitaallasten

Een recente actualisatie van de kapitaallastenraming leidt tot een incidentele meevaller in 2007 van € 81 miljoen.

s. Invoering eigen risico

Met ingang van 2008 vervalt de no-claimteruggaveregeling. In de regeling betalen verzekerden € 255 no-claimpremie als onderdeel van de nominale premie. Afhankelijk van hun zorgkosten krijgen verzekerden dit bedrag geheel of gedeeltelijk na afloop van het jaar terug. Het bedrag dat verzekerden niet terug ontvangen kan beschouwd worden als een eigen betaling. Door de afschaffing van de no-claimteruggaveregeling vervalt in totaal een bedrag van € 2 065 miljoen aan eigen betalingen.

Tegenover het afschaffen van de no-claimregeling staat dat met ingang van 2008 een eigen risico wordt ingevoerd. Het eigen risico leidt tot eigen betalingen van € 1 380 miljoen. Bepaalde groepen met meerjarig onvermijdbare kosten ontvangen vanaf 2008 een specifieke compensatie. Deze compensatie vermindert de opbrengst van de eigen betalingen met € 77 miljoen. De totale bijstelling van de eigen betalingen komt daarmee voor 2008 uit op € 761 miljoen.

Vanaf 2009 zal het bedrag van het eigen risico geïndexeerd worden met de zorgkostenstijging.

t. OVA

De incidentele loonontwikkeling in de OVA is hoger vastgesteld dan waar eerder van was uitgegaan.

u. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2008)

De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de Macro-Economische Verkenning 2008 van het Centraal Planbureau (CPB).

v. Financieringsmutaties

De aanvullende afrekening 2006 leidt voor 2007 tot een (incidentele) aanvullende financieringsmutatie van € 65,9 miljoen. Deze komt voort uit mutaties bij de geestelijke gezondheidszorg (€ 3,6 miljoen), de gehandicaptenzorg (€ 1,3 miljoen), de verpleging en verzorging (€ 55 miljoen) en het ambulancevervoer (€ 6 miljoen).

w. Jklijnmutaties

Deze post is het saldo van diverse mutaties tussen de verschillende uitgavenkaders en het BKZ. Het betreft voornamelijk een overheveling naar de VWS-begroting van middelen voor het koppelingsfonds.

x. BKZ

Het BKZ voor deze kabinetsperiode is gebaseerd op de CPB-analyses over de budgettaire ontwikkelingen van de collectieve sector. Hiervoor heeft het CPB een scenario voor de zorguitgaven gemaakt voor de middellange termijn bij ongewijzigd beleid. Dit leidt tot een aanpassing van de ontwikkeling die op basis van technische veronderstellingen voor de periode 2008–2011 in vorige begrotingen was toegevoegd.

y. Overige mutaties

Deze post is het saldo van verschillende mutaties. De meest omvangrijke daarvan betreft bedragen die gereserveerd zijn voor de regeling die in de plaats zal komen van de huidige fiscale regeling voor compensatie van buitengewone uitgaven zorg (€ 1,2 miljard).

3.3. Zorguitgaven per artikel

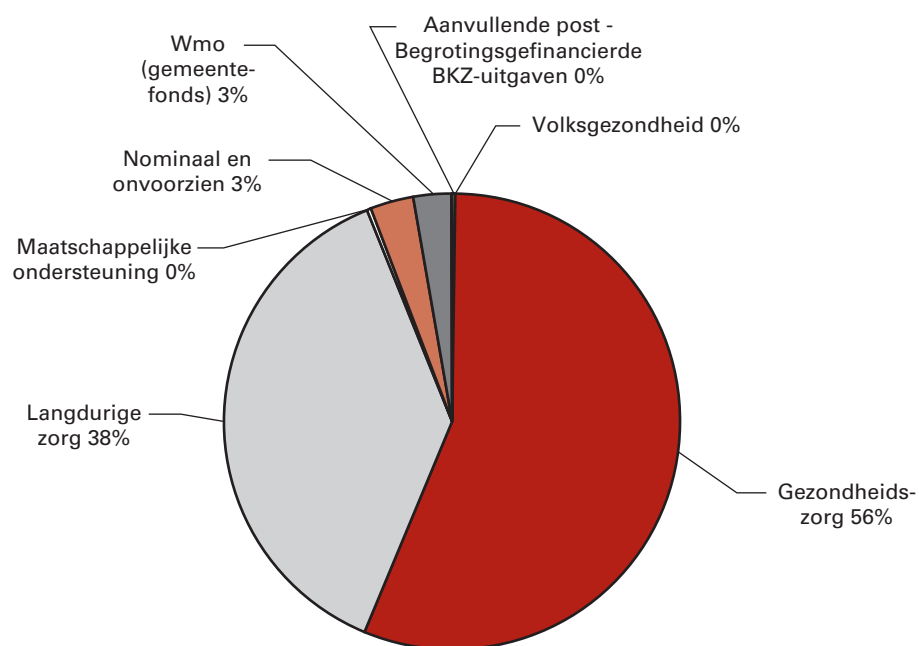
Tabel 3 geeft een overzicht van de (bruto) zorguitgaven per artikel, zoals ook gepresenteerd in de toelichting op de beleidsartikelen. De bruto zorguitgaven, die hier en in de beleidsartikelen zijn opgenomen, kunnen

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 3 – Verdeling van de zorguitgaven per artikel	
bedragen in € miljoen	2008
Volksgezondheid	104,2
Gezondheidszorg	30 052,0
Langdurige zorg	20 150,0
Maatschappelijke ondersteuning	163,5
Nominaal en onvoorzien	1 640,4
Wmo (gemeentefonds)	1 439,0
Opleidingsfonds (begroting VWS)	773,0
Aanvullende post – Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven	27,6
Totaal bruto zorguitgaven	54 349,7

Bron: VWS

Figuur 2 – Procentuele verdeling bruto zorguitgaven 2008 per artikel



Tabel 4 geeft de ontwikkeling aan van de zorguitgaven op de beleidsartikelen. De ontwikkeling tussen 2006 en 2007 en tussen 2007 en 2008 is daarbij onderverdeeld naar de oorzaak van de ontwikkeling: volume, nominaal of technisch.

Tabel 4 – Horizontale uitgavenontwikkeling zorgsectoren

bedragen in € miljoen	uitgaven 2006	volume nominaal	tech- nisch	uitgaven 2007	volume nominaal	tech- nisch	uitgaven 2008		
Volksgezondheid	78,3	1,0	0,1	25,3	104,7	-2,0	0,4	1,1	104,2
Gezondheidszorg	25 723,5	1 035,2	502,0	- 607,8	26 652,9	335,1	145,4	2 918,6	30 052,0
Langdurige zorg	22 747,8	932,0	599,2	- 1 736,9	22 542,2	482,9	111,5	- 2 986,6	20 150,0
Maatschappelijke ondersteuning	162,3	-5,8	3,6	0,0	160,1	3,6	- 0,2	0,0	163,5
Nominaal en onvoorzien	0,0	-32,5	- 70,9	76,8	- 26,6	84,2	1 592,6	- 9,8	1 640,4
Wmo (gemeentefonds)	34,5	35,4	24,0	1 281,0	1 374,9	23,2	56,5	- 15,6	1 439,0
Opleidingsfonds (begroting VWS)	0,0	0,0	12,5	636,7	649,2	23,9	3,1	96,8	773,0
Aanvullende post – Begrotings- gefinancierde BKZ-uitgaven	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	27,6	0,0	27,6
Totaal horizontale uitgaven	48 746,5	1 965,2	1 070,5	- 324,9	51 457,4	950,9	1 936,9	4,5	54 349,7

Bron: VWS

De volumeontwikkeling 2007–2008 komt lager uit dan die in 2006–2007, omdat in 2007 overschrijdingen zijn opgetreden, waarvoor in 2008 compensatie wordt geboden. Daarnaast zijn de diverse kostenbeperkende maatregelen en intensiveringen in de volumeontwikkeling opgenomen. Voor Gezondheidszorg gaat het onder andere om, de pakketuitbreiding, maatregel uurtarief medisch specialisten, uitgavenbeperking ziekenhuizen, maatstafconcurrentie ziekenhuizen en het geneesmiddelenbeleid. Bij Langdurige zorg gaat het voornamelijk om de maatregelen (nader in te vullen) en de intensiveringen care; meer handen aan het bed, verbeterde opvoedkundige hulp van gehandicapte kinderen, ruimer zorgaanbod tot de dagbesteding van gehandicapten en de verwachte uitgavenontwikkelingen in de PGB's en maatschappelijke opvang.

De nominale ontwikkeling betreft vooral de jaarlijkse aanpassing van de uitgaven aan de loon- en prijsontwikkeling en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw.

De technischeontwikkeling 2006–2007 is voor een groot deel te verklaren door de herschikking van BKZ-uitgaven naar de Wmo en het opleidingsfonds. De overheveling van geneeskundige GGZ uit de AWBZ naar de Zvw is terug te zien in de technische mutaties 2007–2008.

3.4 Ontwikkeling van de kapitaallasten in de zorg

De gebudgetteerde instellingen in de ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg ontvangen in het budget een vergoeding voor kapitaallasten. Deze vergoeding is momenteel grotendeels afhankelijk van het investeringsgedrag van de instelling. Dit investeringsgedrag is gereguleerd door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Zorginstellingen die zorg willen aanbieden die op grond van de Zvw 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.

De kapitaallasten die de instelling in het budget vergoed krijgt, nemen toe door nieuwe vergoedingen voor rente en afschrijving na voltooiing van

een bouwproject. In de daaropvolgende jaren neemt de rentevergoeding in het budget geleidelijk af doordat leningen worden afgelost. De vergoeding voor afschrijvingen eindigt als de laatste afschrijving heeft plaatsgevonden.

In het huidige systeem lopen grootschalige intramurale instellingen geen risico over hun investeringen. Om te zorgen dat zorginstellingen hun investeringen afstemmen op de behoeften van cliënten, krijgen ze vanaf 1 januari 2009 de met de investeringen samenhangende kapitaallasten niet langer meer gegarandeerd vergoed. Door de kapitaallasten integraal onderdeel te maken van het tarief of de prijs van geleverde zorg gaan instellingen zelf het risico van hun investeringsbeslissingen dragen. Dit prikkelt tot meer klantgerichtheid, doelmatiger bedrijfsvoering en innovatief vastgoedbeheer. Een en ander is uitgebreider beschreven in de brief aan de Tweede Kamer Met zorg ondernemen, MC-U-2783995. Voor de ziekenhuizen wordt met ingang van 1 januari 2009 een systeem ingevoerd van bekostiging op basis van integrale tarieven. Het jaar 2008 is een overgangsjaar, waarin de huidige FB-systematiek weliswaar gehandhaafd blijft, maar de vergoedingen die instellingen voor hun kapitaallasten ontvangen, worden bevroren. Omdat de eerstvolgende tweejaarlijkse prioriteringsronde onder de WTZi, die was voorzien voor 2009, door de nieuwe systematiek komt te vervallen, komen voor ziekenhuizen reeds in 2008 geen nieuwe bouwplannen meer in aanmerking voor nacalculatie. Met dit besluit wordt per 1 januari 2008 het bouwregime voor de ziekenhuizen afgeschaft. Naar verwachting zal dat per 1 januari 2009 ook gebeuren voor de psychiatrische ziekenhuizen en de AWBZ-instellingen. De regelgeving rond bouwprojecten zal hierdoor aanzienlijk worden gereduceerd.

In afwachting van de vormgeving van de nieuwe systematiek zijn in de onderstaande tabellen de exploitatiekaders, de exploitatiegevolgen van het huidige bouwprogramma en de geraamde exploitatiegevolgen van de benutting van trekkingsrechten opgenomen conform de huidige systematiek.

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.

Eens in de twee jaar wordt het bouwprogramma vastgesteld (bestuurlijke actualisering). 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 5 geeft het huidige exploitatiekader weer per sector voor de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw.

Tabel 5 – Exploitatiekader vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2006 bedragen in € miljoen

Sector	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ziekenhuizen	20,6	29,8	28,9	22,8	32,7	23,3
Verpleging en verzorging	59,5	87,1	117,2	33,3	14,2	6,8
Geestelijke gezondheidszorg	9,8	7,3	44,9	31,6	15,1	15,1
Gehandicaptenzorg	9,3	13,5	15,2	9,5	9,5	9,5
Totaal	99,3	137,8	206,1	97,1	71,5	54,6

Bron: VWS

De raming exploitatielasten van het actuele bouwprogramma voor de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw zijn per sector weergegeven in tabel 6.

Tabel 6 – Raming exploitatielasten vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2006 bedragen in € miljoen

Sector	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ziekenhuizen	20,6	29,8	28,9	22,8	32,7	52,7
Verpleging en verzorging	59,5	87,1	126,1	54,8	14,9	1,7
Geestelijke gezondheidszorg	9,8	7,4	14,7	13,6	8,6	0,0
Gehandicaptenzorg	9,3	13,5	20,8	11,0	12,4	19,5
Totaal	99,3	137,9	190,5	102,2	68,7	74,0

Bron: VWS

Meldingsregeling: Incidentele instandhoudingsinvesteringen (niet-vergunningsplichtig)

Bij invoering van de WTZi is de uitvoering door het College bouw zorginstellingen (CBZ) van de meldingsregeling komen te vervallen. Het systeem van trekkingsrechtenopbouw (WVG 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 7 opgenomen. Daarbij is verondersteld dat de huidige groei van de investeringen voor meldingsbouw zal doorzetten tot het niveau van maximale benutting is bereikt.

Tabel 7 – Raming exploitatielasten benutting trekkingsrechten enkelvoudig prijspeil 31 december 2006 bedragen in € miljoen

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Geraamde benutting trekkingsrechten	72,6	85,9	105,0	88,0	78,1	69,0

Bron: VWS

Uitbreidingsbouw

De *vergunningplichtige uitbreidingsbouw* maakt deel uit van de totale groeiruimte van een sector en vindt plaats om extra productie te kunnen realiseren.

In tabel 8 zijn de exploitatielasten van het actuele bouwprogramma voor de uitbreidingsbouw weergegeven.

Tabel 8 – Raming exploitatielasten vergunningplichtige uitbreidingsbouw (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2006 bedragen in € miljoen						
Sector	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ziekenhuizen	10,5	12,4	1,9	0,0	0,0	0,4
Verpleging en verzorging	121,8	121,5	86,0	43,1	9,6	- 4,1
Geestelijke gezondheidszorg	6,0	2,3	37,4	71,7	15,4	0,0
Gehandicaptenzorg	30,6	16,9	26,2	28,7	0,5	12,6
Totaal	168,9	153,2	151,5	143,5	25,5	8,9

Bron: VWS

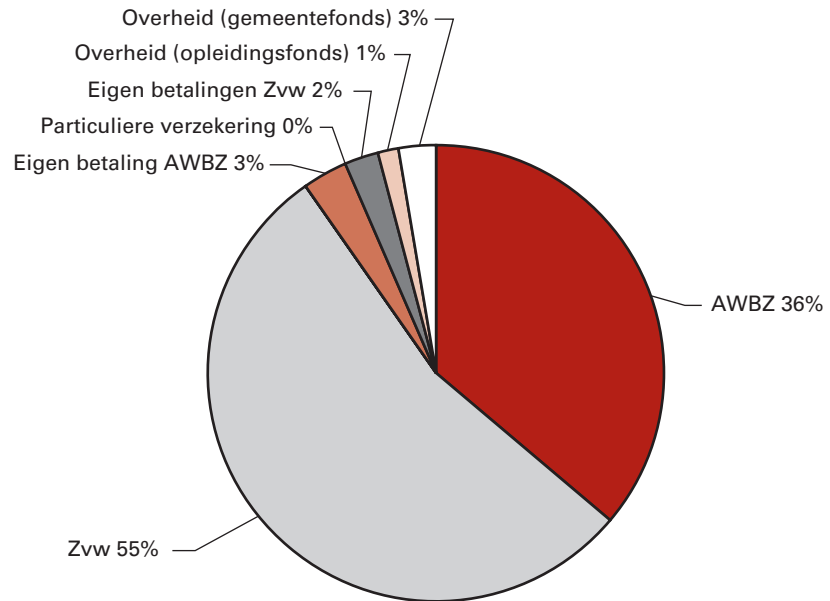
4. Financiering

De financiering van de bruto BKZ-uitgaven laat zich in een aantal categorieën uitsplitsen. Tabel 9 geeft deze verdeling voor het jaar 2008 in cijfers weer. Figuur 3 laat de verhouding tussen de verschillende financieringsbronnen zien.

Tabel 9 Financiering bruto BKZ-uitgaven	
bedragen in € miljoen	2008
AWBZ	19 661
Zvw	29 419
Particuliere verzekering	1
Eigen betaling AWBZ	1 725
Eigen betalingen Zvw	1 304
Overheid (opleidingsfonds)	801
Overheid (gemeentefonds)	1 439
Totaal begroting 2008	54 350

Bron: VWS

Figuur 3 – Financiering zorguitgaven 2008 in percentages



Zorgverzekeringswet

De belangrijkste uitgavenpost die resulteert uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) betreft het betalen van zorgkosten voor verzekerden door zorgverzekeraars (zie tabel 10). Daarnaast maken verzekeraars beheerskosten om de wet uit te voeren. Ook zijn er rechtstreekse betalingen van het zorgverzekeringsfonds (uitgaven in het kader van internationale verdragen en vanaf 2008 de academische component). 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-claimteruggave-regeling en het eigen risico. Ook zijn er nog overige baten van het zorgverzekeringsfonds. Dit betreft rentebaten en de premieervangende bijdrage van niet-ingezetenen.

Tabel 10 Uitgaven en inkomsten Zvw

bedragen in € miljard	2006	2007	2008
Uitgaven ten laste van de macropremielast¹			
– Zorguitgaven verzekeraars	25,2	26,2	29,9
– Bijdrage voor GGZ aan AWBZ	2,5	2,8	0,0
– Rechtstreeks uitgaven zorgverzekeringsfonds	0,3	0,2	0,8
– Beheerskosten/saldi verzekeraars	1,2	0,9	1,4
– Totaal	29,2	30,0	32,1
Inkomsten			
– Inkomensafhankelijke bijdrage	14,1	14,5	16,7
– Nominale premie	9,8	10,7	13,4
– Rijksbijdrage kinderen	1,9	1,9	2,1
– Eigen betalingen	2,1	2,1	1,3
– Overige baten zorgverzekeringsfonds	0,1	0,1	– 0,1
– Totaal	27,9	29,3	33,3

Bron: VWS

¹ BKZ relevant zijn hiervan de zorguitgaven van de verzekeraars plus de uitgaven in verband met internationale verdragen (afgerond samen 30,7 miljard in 2008). Dit bedrag komt overeen met de optelling van de posten Zvw en eigen betaling Zvw uit tabel 9.

Het zorgverzekeringsfonds

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 (zie tabel 11). Uit het ZVF ontvangt elke verzekeraar een bedrag ter gedeeltelijke dekking van de zorguitgaven. Dit bedrag stijgt in 2008 flink in verband met de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw. Het bedrag dat de verzekeraar ontvangt houdt rekening met het risicoprofiel van de verzekerden bij die verzekeraar. Daarnaast ontvangen verzekeraars uit het ZVF een vergoeding voor de beheerskosten van kinderen. Uit het ZVF wordt verder in 2006 en 2007 een bijdrage aan de AWBZ ten behoeve van de GGZ voldaan en vinden rechtstreekse betalingen plaats op grond van internationale verdragen en subsidies. Vanaf 2008 wordt ook de academische component van academische ziekenhuizen (circa € 0,6 miljard) rechtstreeks betaald vanuit het ZVF. De bijdrage aan verzekeraars is met het zelfde bedrag verminderd.

In 2006 en 2007 leiden hogere uitgaven voor zorg bij verzekeraars via de nacalculatie tot hogere uitkeringen uit het ZVF aan verzekeraars. Daarnaast komen de inkomensafhankelijke bijdragen lager uit dan geraamd in de begroting van 2006 en 2007. Hierdoor ontstaat een tekort in het zorgverzekeringsfonds, dat in latere jaren moet worden weggewerkt. De uitgavenramingen voor met name 2007 zijn nog voorlopig van karakter. Daarom is besloten om in 2008 wel de vrij zekere tegenvallers bij de uitgaven in 2006 en de tegenvallers bij de inkomensafhankelijke bijdrage in 2006 en 2007 op te vangen via hogere premies. Een deel (€ 0,25 miljard) van de uitgaventegenvaller 2006 is al in 2007 opgevangen. De gevolgen voor het ZVF van de uitgaventegenvallers 2007 zullen worden weggewerkt via hogere premies nadat de eerste realisaties bekend zijn. De gekozen beleidslijn vereist een overschot in het zorgverzekeringsfonds van € 1,3 miljard in 2008 (vanwege de uitgaventegenvaller van € 0,6 miljard en de inkomstentegenvaller van € 0,7 miljard). Daarnaast impliceert de huidige uitgavenraming 2007 een overschot van € 0,6 miljard in 2009.

Het saldo van het zorgverzekeringsfonds wordt incidenteel in 2008 met € 0,6 miljard belast door de introductie van DBC's in de GGZ. Daardoor

dienen verzekeraars – net als bij de ziekenhuiskosten vanaf 2005 gebeurt – ook bij de GGZ alle kosten samenhangend met activiteiten in 2009 behorend tot DBC's geopend in 2008 te boeken in 2008. Deze systematiek heeft een incidenteel opwaarts effect op de zorguitgaven. Het gaat hierbij louter om een boekhoudkundig effect. Er vinden niet meer handelingen plaats en er wordt ook niet eerder betaald. De betaling in verband met de activiteiten in 2009 op in 2008 geopende DBC's vindt pas plaats na afsluiting van de DBC. Het CBS beschouwt de hogere uitgaven ook als niet relevant voor het EMU-saldo. Om te voorkomen dat deze boekhoudkundige problematiek tot hogere premies leidt is besloten om het normvermogen van het ZVF met € 0,6 miljard neerwaarts bij te stellen. Dat heeft als gevolg dat het vermogenssaldo van het ZVF (het saldo van feitelijk vermogen en normvermogen) door deze operatie niet verandert. Omdat het doel is dat het vermogenssaldo nul is, hoeft de premie niet te wijzigen.

De verzekeraars

Verzekeraars ontvangen uit het ZVF een bijdrage ter gedeeltelijke dekking van de zorgkosten die zij moeten betalen. Verder ontvangen ze eigen betalingen van verzekerden. Het resterende deel dienen zij bij verzekerden te heffen via de zogenaamde nominale rekenpremie. 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. In de ramingen is verondersteld dat het tekort bij de verzekeraars van circa € 0,5 miljard in 2007 verbetert naar € 0,1 miljard in 2008 en omslaat in een overschot in 2009. De eigen betalingen veranderen in 2008 flink (in karakter en hoogte) door de omzetting van de no-claimteruggaveregeling in een eigen risico met compensatie voor langdurig zieken. In 2006 en 2007 geldt het saldo tussen de no claimpremie en de no claimteruggave als eigen betaling. Vanaf 2008 gaat het daarbij om het eigen risico van verzekerden. De bijdrage die langdurig zieken ontvangen wordt ook aangemerkt als een (negatieve) eigen betaling.

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 11 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.

Tabel 11 Exploitatie en premiestelling Zvw

bedragen in € miljoen	2006	2007	2008
ZORGVERZEKERINGSFONDS			
Uitgaven	17 345,6	17 192,4	17 838,2
– Uitkering aan verzekeraars voor zorg	14 365,5	14 021,9	16 831,7
– Uitkering voor beheerskosten kinderen	177,3	178,1	177,7
– Bijdrage aan AWBZ voor GGZ	2 500,0	2 800,0	0,0
– Rechtstreeks uitgaven ZVF	302,8	192,4	828,8
Inkomsten	16 088,8	16 469,6	18 580,4
– Inkomensafhankelijke bijdrage	14 107,6	14 531,6	16 666,1
– Rijksbijdrage kinderen	1 863,9	1 857,5	2 071,7
– Bijdrage verz. Met meerjarig hoge kosten			– 76,8
– Overige baten	117,3	80,5	– 80,6
Exploitatiesaldo	– 1 256,8	– 722,8	742,4
Vermogen Zorgverzekeringsfonds	– 1 256,8	– 1 979,5	– 1 237,1
Vermogensnorm	0,0	0,0	– 600,0
Vermogenssaldo Zorgverzekeringsfonds	– 1 256,8	– 1 979,5	– 637,1
INDIVIDUELE VERZEKERAARS			
Uitgaven	26 425,4	27 043,0	31 845,7
– Zorg	25 222,0	26 162,7	30 494,3
– Beheerskosten/exploitatiesaldi	1 203,4	880,3	1 351,3
Inkomsten	26 425,4	27 043,0	31 845,7
– Uitkering van ZVF voor zorg	14 365,5	14 021,9	16 831,7
– Uitkering voor beheerskosten kinderen	177,3	178,1	177,7
– Nominale rekenpremie (excl no claim)	9 044,8	10 068,6	12 282,6
– Nominale opslagpremie	728,2	651,2	1 103,6
– Nominale no claim premie	3 225,8	3 223,5	–
– No claim teruggave	– 1 166,1	– 1 150,4	–
– Eigen risico	–	–	1 380,0
– Overige baten	50,0	50,0	70,0

Bron: VWS

De nominale premies en inkomensafhankelijke bijdragen

De omzetting van de no-claim-teruggaveregeling in een eigen risico met compensatie voor langdurig zieken is ook van invloed op de hoogte van de nominale premies. In de nominale premie zit in 2006 en 2007 ook € 255 no claimpremie. In die jaren ontving de gemiddelde verzekerde € 91 no claimteruggave. Vanaf 2008 is de nominale premie lager. Dit is enerzijds zo omdat verzekeraars de premie met € 91 kunnen laten dalen, omdat ze de no claimteruggave niet meer hoeven te betalen. Anderzijds kan de premie dalen omdat een deel van de kosten door de verzekerde wordt betaald via een eigen risico (van gemiddeld € 109). De nominale premie (exclusief de no claimteruggave en het eigen risico) daalt hierdoor met gemiddeld € 200.

De verhouding tussen de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie is vastgelegd in de wet; beide bedragen 50% van de macro-premielast. De ene helft bevat louter de inkomensafhankelijke bijdrage. De andere helft 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. Van het nominale deel wordt afgetrokken de compensatie voor langdurig zieken.

In de wet is ook vastgelegd dat er in een volgend jaar een correctie plaatsvindt indien de verhouding achteraf niet gelijk is verdeeld. In zowel 2006 als 2007 hebben de verzekeraars hun nominale premie duidelijk lager vastgesteld dan verwacht in de begroting 2006 respectievelijk 2007. De inkomensafhankelijke bijdrage heeft in zowel 2006 als 2007 ook minder opgebracht dan beoogd. Hierdoor maken de nominale premies in 2006 49% van de macropremielast uit, en in 2007 (afgerond) 50%. Voor 2008 wordt in eerste instantie de inkomensafhankelijke bijdrage zo vastgesteld dat deze naar verwachting weer 50% van de macropremielast van 2008 dekt. Daarnaast vindt er een correctie plaats die er voor zorgt dat de inkomensafhankelijke bijdrage gedurende de jaren 2008–2011 iets minder dan 50% van de macropremielast zal worden opgebracht, zodat uiteindelijk over de periode 2006–2011 het nominale en het inkomensafhankelijke deel in evenwicht zijn. De correctie heeft een licht opwaarts effect op de nominale premie (van een kleine € 5) en een neerwaarts effect op de inkomensafhankelijke bijdrage (van 0,02%-punt).

Ook het verbeteren van de exploitatiesaldi bij het ZVF en de individuele verzekeraars heeft een effect op de premie. Zoals hiervoor is toegelicht verbetert het saldo van zorgverzekeringsfonds van € – 0,7 naar € + 1,3 miljard. Dit vergt een premiestijging van € 2 miljard. Dat leidt tot een stijging van de nominale premie met circa € 65 en een stijging van de IAB met circa 0,4%-punt. Ook de veronderstelde verbetering van het saldo van de individuele verzekeraars met circa € 0,5 miljard leidt tot een stijging en wel van de nominale premie met ruim € 15 en van de IAB met circa 0,1%-punt.

Buiten deze bijzondere effecten stijgt de nominale premie van jaar op jaar ook omdat de zorguitgaven harder stijgen dan het aantal premiebetalers. Hierdoor neemt de nominale premie in 2008 circa € 60 toe. Ook de IAB stijgt als gevolg van de normale uitgavenstijging omdat de stijging van die uitgaven hoger ligt dan de stijging van het premieplichtig inkomen. Voor 2008 leidt dit tot een stijging van circa 0,2%-punt.

Rekening houdend met alle hiervoor genoemde zaken resulteert er voor 2008 een inkomensafhankelijke bijdrage van 7,2% en een gemiddelde nominale premie die thans wordt geraamd op € 1 057 (zie tabel 12). De nominale premie wordt echter vastgesteld door de verzekeraars en het gemiddelde kan dus ook anders uitkomen dan op de nu geraamde € 1 057.

Tabel 12 Premieoverzicht

	2006	2007	2008
Zvw			
Inkomensafhankelijke bijdrage normaal (in %)	6,50	6,50	7,20
Inkomensafhankelijke bijdrage verlaagd (in %)	4,40	4,40	5,10
Nominale rekenpremie (excl no claim) ¹	715	796	970
Nominale opslagpremie (gemiddeld) ²	60	52	87
Nominale premie no claim ¹	255	255	–
Nominale premie totaal (gemiddeld) ²	1 030	1 103	1 057
No claim teruggave (gemiddeld) ³	91	91	–
Eigen risico (gemiddeld) ²	–	–	109
Nominale premie incl. no claim teruggave (gemiddeld)	939	1 012	1 166
Nominale premie totaal 18-Compensatie verzekerden met meerjarig hoge kosten ¹	0	0	0
			47

Bron: VWS

¹ Jaarbedragen in Euro² Jaarbedragen in Euro; dit betreft een raming.³ Jaarbedragen in Euro; dit betreft een raming. Dit bedrag wordt kasmatig uitbetaald in jaar t+1

De zorgtoeslag

Een van de instrumenten die wordt ingezet om de introductie van de Zorgverzekeringswet gepaard te laten gaan met aanvaardbare inkomenseffecten 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, danwel het gemiddelde bedrag dat een verzekerde aan eigen risico betaalt¹. Voor de zorgtoeslag 2008 wordt uitgegaan van de raming van de standaardpremie zoals opgesteld door het CPB in de MEV 2008. Deze raming voor 2008 bedraagt € 1208. Dit komt overeen met de eerder genoemde raming van de nominale premie van € 1057 plus het geraamde gemiddelde eigen risico van € 103. Daarnaast wordt in de standaardpremie geen rekening gehouden met de premiekorting in collectieve polissen.

¹ Er wordt gerekend met het gemiddeld eigen risico dat een verzekerde betaalt die geen vergoeding krijgt in verband met meerjarig hoge kosten.

Tabel 13 Exploitatie en premiestelling AWBZ

bedragen in € miljoen	2006	2007	2008
ALGEMEEN FONDS			
Uitgaven ¹	23 162,8	23 250,2	21 385,7
– Zorgaanspraken en subsidies	22 982,0	23 087,1	21 219,4
– Beheerskosten	180,8	163,1	166,3
Inkomsten	23 086,1	21 684,2	19 075,8
– Procentuele premie	14 047,0	12 750,3	12 910,2
– Eigen bijdragen	1 794,5	1 667,8	1 724,8
– Bijdrage van het ZVF voor GGZ	2 500,0	2 800,0	–
– Rijksbijdrage	10,8	10,9	10,9
– BIKK	4 745,6	4 495,4	4 557,9
– Overige baten	– 11,8	– 40,2	– 128,0
Exploitatiesaldo	– 76,7	– 1 566,0	– 2 309,9
Vermogen Algemeen Fonds	210,9	– 1 355,1	– 3 665,0
Vermogensnorm	1 678,5	1 151,1	1 251,0
Vermogenssaldo	– 1 467,6	– 2 506,1	– 4 916,0
Premieplichtig inkomen	221 525,8	230 655,8	239 721,5
Procentuele premie (in %)	12,55	12,00	12,00

Bron: VWS

¹ De uitgaven van 21,4 miljard in 2008 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 vermogensaldi 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.

Ten aanzien van de AWBZ-premie is niet besloten tot bijstellingen. De premie blijft dus op 12%. Omdat de uitgaven harder groeien dan het premieplichtig inkomen, leidt dit tot een oplopend exploitatietekort. 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.

In 2006 en 2007 wordt thans een negatief exploitatiesaldo voorzien van 0,1 respectievelijk 1,7 miljard. Dat is duidelijk lager dan voorzien in de Ontwerpbegroting 2007. Dit is het gevolg van lagere premieontvangsten en hogere uitgaven. In 2008 loopt het negatieve saldo nog op tot 2,1 miljard. De in de tijd oplopende vermogenstekorten leiden tot een eveneens oplopend vermogenstekort in het AFBZ.

VERDELING GROEIRUIMTE 2008-2011

Het BKZ voor deze kabinetsperiode is gebaseerd op de CPB-analyses over de budgettaire ontwikkelingen van de collectieve sector. Hiervoor heeft het CPB een scenario voor de zorguitgaven gemaakt voor de middellange termijn bij ongewijzigd beleid. Tabel 1 geeft aan hoe de resulterende beschikbare volumegroeirimte bij ongewijzigd beleid voor de periode 2008-2011 over de zorgsectoren is verdeeld.

De bedragen in de tabel geven de mutatie weer ten opzichte van 2007. Indien de realisatie van het uitgavenniveau 2007 hoger of lager blijkt te zijn dan waar in deze begroting vanuit wordt gegaan, zal er minder dan wel meer beschikbaar zijn voor groei ten opzichte van 2007.

Tabel 1 Beschikbare volumegroeirimte 2008-2011				
bedragen in € miljoen	2008	2009	2010	2011
Volksgezondheid	- 1	- 2	- 2	- 3
Extramurale zorg	29	63	98	136
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief	448	937	1 472	2 063
Ziekenvervoer	5	10	15	21
Farmaceutische hulp	284	614	978	1 390
Hulpmiddelen algemeen	32	66	103	142
Geneeskundige GGZ	92	188	291	402
Grensoverschrijdende zorg	16	34	53	74
Subsidies	1	2	3	4
Groeirimte AWBZ inclusief PGB's	539	1130	1 746	2 419
MEE-instellingen	3	7	11	15
Wmo (gemeentefonds)	32	60	89	119
Opleidingsfonds (begroting VWS)	24	30	40	42
Totale volumegroei	1 505	3 140	4 897	6 823

Bron: VWS

VERDIEPINGSHOOFDSTUK

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 2007 tot aan de stand ontwerpbegroting 2008 opgenomen. Daarna worden de belangrijkste mutaties toegelicht. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de mutaties in de eerste suppletore begroting 2007 en de mutaties die daarna hebben plaatsgevonden.

Begrotingsuitgaven

De mutaties begrotingsuitgaven zijn toegelicht voor zover de kasbedragen in enig jaar meer dan € 2 miljoen bedragen. Bij de toelichtingen op de mutaties is onderscheid gemaakt tussen extra middelen die op grond van het coalitieakkoord aan de begroting zijn toegevoegd en interne herschikkingen. De extra middelen die op grond van het coalitieakkoord zijn toegevoegd, zijn te herkennen aan de omschrijving van de enveloppe waar de middelen uit afkomstig zijn. De interne herschikkingen ten opzichte van de begroting 2007 zijn een gevolg van de prioriteiten van het nieuwe kabinet. Bij een overheveling tussen twee artikelen is daarbij 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 2007 (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 2006.
- 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 het Jaarverslag 2006 en de 1e suppletore wet 2007. Indien nodig worden ook één of meer belangrijke mutaties uit het Jaarverslag 2006 en de 1e suppletore wet 2007 genoemd en inhoudelijk toegelicht.

Beleidsartikel 41: Volksgezondheid

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		785 045	771 905	780 310	812 813	816 342	
Mutatie 1e suppletore wet		- 25 502	- 45 300	- 48 601	- 49 959	- 50 405	
Nieuwe mutaties		5 530	- 160 313	- 181 022	- 179 564	- 192 303	
Nieuwe nominale wijzigingen		10 724	4 406	4 468	4 451	4 585	
Stand ontwerpbegroting 2008	743 004	775 797	570 698	555 155	587 741	578 219	578 161
Ontvangsten (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		13 123	12 323	16 723	20 223	15 623	
Stand ontwerpbegroting 2008	13 696	13 123	12 323	16 723	20 223	15 623	

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2007</i>							
Overheveling naar het gemeentefonds. Via het gemeentefonds krijgen zeven geselecteerde gemeenten tijdelijk extra middelen om in te zetten voor hulp aan risicogezinnen. Het gaat om maatwerk per gezin.	- 12 900	- 12 900					
Overheveling naar de premiemiddelen.	- 39 450	- 39 450	- 39 450	- 39 450	- 39 450	- 39 450	
Structurele overheveling naar artikel 42.	- 3 630	- 3 630	- 3 630	- 3 630	- 3 630	- 3 630	
Overheveling van artikel 43 voor de integratie van het Deltaplan in het verbetertraject «Zorg voor Beter».	2 016	837	579				
Overheveling van de in de premie geraamde AIV-preventiemiddelen voor het kennisprogramma Jeugd bij ZonMw.	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	
Vanuit de eindejaarsmarge worden middelen beschikbaar gesteld voor het Elektronisch Kinddossier in 2007.	15 061						
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
Overheveling naar artikel 42.		- 6 302	- 6 302	- 6 302	- 6 302	- 6 302	
Interne herschikking: Om de gereserveerde vaccins bij een griepdemonie toe te kunnen dienen, worden spuiten en flesjes aangeschaft.		5 400					
Enveloppe Zorg: In het kader van het verbinden van curatieve zorg en preventie worden de middelen aangewend voor het voorkomen van of beperken van chronische ziekten (met name diabetes en vroegtijdige signalering of het voorkomen van depressiviteit).		6 000	2000				

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Interne herschikking: Uitvoeren van in de preventie-nota «Langer gezond leven» opgenomen activiteiten in het kader van gezond leven, zoals alcoholmisbruik, roken en overgewicht.		2 635	2 635	2 635		
Overheveling van middelen uit de preventienota naar de programmabegroting voor Jeugd en Gezin. De gelden hebben betrekking op twee projecten. «Hallo Wereld», waarbij hulp wordt geboden tijdens zwangerschap door een persoonlijk leefstijladvies te geven. En het project «Alcohol en Opvoeding, waarbij advies wordt gegeven aan ouders om het alcoholgebruik bij kinderen op jonge leeftijd te voorkomen.		- 1 900	- 1 900	- 1 900		
Enveloppe Zorg: De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om de leeftijdsgrens voor griepvaccinatie te verlagen van 65+ naar 60+. De middelen worden ingezet om het advies van de Gezondheidsraad uit te kunnen voeren.		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet om interventies gericht op verantwoord eetgedrag te ontwikkelen en om de informatievoorziening over factoren die leiden tot overgewicht te verbeteren. Ook worden de middelen bestemd voor het voorzetten van het beleid gericht op de voedselinfecties, een van de belangrijkste oorzaken van vermijdbare zorgvraag.		5 000	5 000	5 500	5 500	5 500
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet ter beperking van de verkrijgbaarheid van alcohol en preventie van alcoholmisbruik onder jongeren (o.a. het voorkomen van bingedrinken).		5 700	5 700	5 200	4 200	4 200
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet om tegelijk met de invoering van rookvrije horeca een invoeringscampagne te houden en om het rookverbod te handhaven. Om het aantal rokers verder zo veel mogelijk te verminderen wordt deze campagne gecombineerd met een evidence based minimale interventiestrategie (MIS) stoppen-met-roken campagne.		8 000	2 000	1 000		
Overheveling naar artikel 99.		- 22 806	- 25 339	- 25 339	- 25 339	- 25 339
Enveloppe Capaciteit, veiligheidsketen en preventie: De middelen zullen worden ingezet voor de continuering van de financiering van de heroïnebehandeling op medisch voorschrift.		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet voor onvoorziene kosten die de digitalisering van borstkankerscreening met zich meebrengt.				8 000	8 000	5 000
Overheveling van de Tijdelijke regeling specifieke uitkering Jeugdgezondheidszorg naar de begroting voor Jeugd en Gezin.		- 200 065	- 200 065	- 200 065	- 200 065	- 200 065
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
Overheidsbijdrage in de arbeidsontwikkeling (OVA 2007)	10 724	10 708	10 770	10 753	10 887	10 886

Premie							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2007							
Uitgavniveau stand Begroting 2007	61,1	52,2	52,2	52,3	52,2	52,2	52,2
Mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007	18,1	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8	50,8
Nieuwe mutaties	- 0,9		- 0,9	- 1,7	- 2,2	- 2,6	- 2,6
Nieuwe nominale wijzigingen		1,7	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Nieuwe bouwmutaties							
Uitgavniveau stand Begroting 2008	78,3	104,7	104,2	103,5	102,9	102,5	102,5
B. Financiering							
AWBZ	85,6	93,8	104,2	103,5	102,9	102,5	102,5
Mutatie financieringsachterstand	- 7,3	10,9					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	85,6	93,8	104,2	103,5	102,9	102,5	102,5
BKZ-ontvangsten							
Netto BKZ-uitgaven	85,6	93,8	104,2	103,5	102,9	102,5	102,5

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting belangrijkste mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007</i>							
Deze mutatie betreft de overheveling van de AIV preventiemiddelen (artikel 43) voor de uitvoering en uitbreiding van de hielprik.	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Deze mutatie betreft de overheveling van begrotingsmiddelen naar de premie per 1 april 2006 in verband met de toevoeging van het pneumokokkenvaccin aan het RVP.	14,9	39,5	39,5	39,5	39,5	39,5	39,5
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
Uit de herziene afrekening blijkt ten opzichte van de afrekening in maart een meevaller van € 0,9 miljoen.	- 0,9						
Toedeling groeirimte 2008-2011 over de verschillende sectoren.			- 0,9	- 1,7	- 2,2	- 2,6	- 2,6
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>							
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor 2007-2012. De tranche 2007 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		1,7	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1

Beleidsartikel 42: Gezondheidszorg

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		5 634 772	5 798 406	5 971 277	6 293 849	6 579 502	
Amendement Joldersma/Bussemaker (kamerstukken 30 800 XVI, nr. 68)		- 20 000					
Mutatie 1e suppletore wet		- 22 894	29 943	23 222	26 941	21 145	
Nieuwe mutaties		15 343	1 064 078	1 116 583	981 909	1 109 021	
Nieuwe nominale wijzigingen		15 873	21 626	26 587	31 557	36 562	
Stand ontwerpbegroting 2008	4 661 745	5 623 094	6 914 053	7 137 669	7 334 256	7 746 230	8 189 609
Ontvangsten (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		10 954	11 033	5 566	2 945	4 648	
Mutaties 1e suppletore wet		12 033	3 175	- 3 058	3 363	- 2 340	
Nieuwe mutaties		1 520	32 095	30 958	30 813	- 19 319	
Stand ontwerpbegroting 2008	70 051	24 507	46 303	33 466	37 121	21 627	6 806

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2007</i>							
Overheveling naar artikel 98	- 5 200						
Overheveling naar het ministerie van BZK voor een bijdrage in de centrale exploitatiekosten voor C2000.	- 8 530						
De uitgaven van de Stichting Koppeling worden voortaan geraamd en verantwoord op dit artikel. In verband hiermee vindt een structurele overboeking plaats vanuit artikel 41.	3 630	3 630	3 630	3 630	3 630	3 630	
Vanuit de eindejaarsmarge worden middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van extra uitvoeringskosten van het CVZ (buitenlandtaak en risicoverevening) als gevolg van de invoering van de Zvw. Deze middelen zijn overgeheveld naar artikel 98.	4 000						
Bijstelling van de raming van middelen uit het Fonds Economische Structuur (FES) in verband met voorziene kasuitgaven voor Top Instituut Pharma en BSIK projecten.	10 000						
Er worden middelen beschikbaar gesteld voor een verdere verbetering van de infrastructuur rondom het zorgstelsel. In dit kader wordt geld beschikbaar gesteld voor de verbetering en vereenvoudiging van de DBC systematiek, voor de invoering van de woonlandfactor in het kader van de zorgtoeslag en voor de uitvoering van de risicoverevening.	9 875	6 160	4 460	1 760	1 660	1 660	
Voor de uitbreiding van de reikwijdte van de Regeling Stichting Koppeling naar AWBZ-zorg zijn extra middelen beschikbaar gesteld. Daarnaast worden op basis van de toename van de werkelijke kosten in de eerstelijnszorg hogere uitgaven verwacht.	18 392	18 392	18 392	18 392	18 392	18 392	

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bijstelling Zorgtoeslag n.a.v. het CEP. De nominale premie in 2007 is lager uitgekomen dan geraamd in de begroting 2007, daarom valt ook de Zorgtoeslag lager uit.	- 57 200					
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
Bijstelling Zorgtoeslag n.a.v. het CEP.		319 126	118 833	218 167	297 000	297 000
Bijstelling Zorgtoeslag n.a.v. de MLT.	- 300	- 170 626	154 067	- 82 467	- 57 700	279 600
Bijstelling Zorgtoeslag n.a.v. de MEV van het CPG	14 300	39 400	- 84 800	- 61 000	- 63 800	- 66 700
Bijstelling van de Rijksbijdrage voor kinderen in de Zorgverzekeringswet n.a.v. het CEP.		67 431	22000	39 400	57 400	57 400
Bijstelling van de Rijksbijdrage voor kinderen in de Zorgverzekeringswet n.a.v. de MLT.		- 15 331	81 500	46 900	67 100	185 600
Bijstelling van de Rijksbijdrage voor kinderen in de Zorgverzekeringswet n.a.v. de MEV.		5 400	- 14 000	- 6 000	- 5 400	- 4 800
Envelope Zorg: Om knelpunten in de arbeidsmarkt in de curatieve zorg aan te kunnen pakken is een stevige impuls nodig. Hiervoor worden voor de jaren 2008 t/m 2011 middelen beschikbaar gesteld. De middelen zullen worden ingezet voor het vergroten en het stimuleren van de instroom, het creëren van stageplaatsen, wervingscampagnes en onderzoek.		14 937	14 937	20 437	19 687	
Interne herschikking van middelen voor het oplossen van algehele begrotingsproblematiek.		- 24 677	- 24 677	- 24 677	- 24 677	
Envelope Zorg: De middelen worden ingezet ter versterking van de innovatie-impuls in de zorg. Prioriteit ligt onder andere bij het aanpakken van arbeidsmarktknelpunten via innovatieve producten en werkwijzen.		10 000	15 000	20 000	25 000	30 000
Deze mutatie betreft een aanpassing van projecten die bekostigd worden uit het Fonds Economische Structuurversterking. VWS is penvoerend departement voor vier Bsik-projecten binnen het thema «gezondheids-, voedings-, gen- en biotechnologische doorbraken».		- 3 460		860		
In de ontwerpbegroting 2007 zijn de opleidingskosten 2007 voor de erkende medische en tandheelkundige specialismen en de erkende bètaberoepen (ziekenhuis-apotheker, klinisch fysicus en klinisch chemicus) incidenteel overgeheveld naar de VWS-begroting. Met deze mutatie worden de budgetten structureel overgeheveld vanuit de premie-uitgaven op artikel 42.		649 200	649 200	649 200	649 200	649 200
De opleidingskosten voor gespecialiseerde verpleegkundigen, gespecialiseerde assistenten, laboranten, SEH-artsen, psychiaters, GGZ-specialisaties, verpleeghuisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten worden vanaf 2008 uit het opleidingsfonds betaald. Met deze zogeheten tweede tranche opleidingen is een structureel bedrag van € 98,6 mln (incl. OVA 2007) gemoeid.		98 600	98 600	98 600	98 600	98 600

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Interne herschikking: In het verleden zijn afspraken gemaakt tussen OCW, het Nederlands Kanker Instituut (NKI) en VWS over de financiering van nieuwbouw. Deze mutatie is een uitvloeisel van deze afspraken. Het betreft middelen voor instandhoudingsinvesteringen en duurdere nieuwbouw in verband met het ordentelijk huisvesten van proefdieren.		3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Envelope Zorg: De middelen worden ingezet om transparantie over het zorgaanbod en over kwaliteit van zorg te vergroten. Voor de eerste- en tweedelijns zorg worden per voorziening prestatie-indicatoren ontwikkeld om zowel de professionele kwaliteit als het cliëntoordeel meetbaar te maken. Daarnaast wordt een set etalage-informatie ontwikkeld, die basale informatie bevat over voorzieningenaanbod.		2 200	2 200	2 200	2 200	
Overheveling vanuit de premiemiddelen. De bestaande regelingen voor financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen worden gestroomlijnd. Er wordt naar gestreefd de nieuwe regeling per 1 januari 2008 in werking te laten treden. Ook ziekenhuizen zullen via die nieuwe regeling een vergoeding voor kosten aan illegalen kunnen ontvangen. Met het oog hierop vindt een overheveling van premiemiddelen vanuit artikel 42 plaats (lager gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren in ziekenhuizen).		22 200	22 200	22 200	22 200	22 200
Envelope Zorg: Deze middelen zijn beschikbaar gesteld in het kader van de implementatie van het landelijk EPD.		15 000	30 000			
Interne herschikking: Middelen worden ingezet voor invoering van prestatiebekostiging met integrale tarieven en uitbreiding van de vrije prijsvorming naar 20% in 2008 in de planbare ziekenhuiszorg. Tevens wordt het budget ingezet voor de instandhouding van de Stichting DBC Onderhoud, de exploitatie en beheer van het DBC Informatie Systeem (DIS) en de uitwerking van de vereenvoudiging en verbetering van het DBC-systeem voor de ziekenhuiszorg.		3 920	3 920	3 920	1 420	1 420
Interne herschikking: voor nieuwe en bestaande activiteiten t.b.v. orgaandonatie die zich richten op het voorlichten van de bevolking, het werven van meer registraties, het beter benutten van het donorpotentieel in ziekenhuizen en het ondersteunen van nieuwe oplossingen voor orgaandonatie.		6 000	6 000	6 000	6 000	6 000
Envelope Zorg: Er worden middelen beschikbaar gesteld voor de campagne patiëntveiligheid die samen met de IGZ wordt uitgevoerd.		2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Overheveling naar artikel 99.		- 26 018	- 28 910	- 28 910	- 28 910	- 28 910
Overheveling naar het ministerie van Financiën voor een bijdrage aan extra uitvoeringskosten door wijziging Zorgtoeslag in verband met de invoering van deWoonlandfactor.	- 3 000	- 4 400	- 2 700	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
Overheidsbijdrage in de arbeidsontwikkeling (OVA 2007).	14 101	3 579	3 550	3 544	3 544	3 544

Premie							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2007							
Uitgavenniveau stand Begroting 2007	25 377,9	25 447,6	26 202,3	26 286,1	26 396,2	26 396,5	26 396,5
Mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007	- 17,1	706,3	701,7	701,7	701,7	701,7	701,7
Nieuwe mutaties	362,7	93,3	2 704,2	3 690,3	4 700,4	5 769,1	5 769,1
Nieuwe nominale wijzigingen		405,7	441,3	432,2	432,0	430,8	427,8
Nieuwe bouwmutaties			2,5	7,6	10,7	10,7	10,7
Uitgavenniveau stand Begroting 2008	25 723,5	26 652,9	30 052,0	31 117,9	32 241,0	33 308,8	33 305,8
B. Financiering							
AWBZ	273,2	279,3	281,8	290,9	300,2	308,1	308,0
Zvw	25 471,4	26 360,6	29 770,2	30 827,0	31 940,8	33 000,7	32 997,8
Mutatie financieringsachterstand	- 21,1	13,0					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	25 744,6	26 639,9	30 052,0	31 117,9	32 241,0	33 308,8	33 305,8
BKZ-ontvangsten							
Netto BKZ-uitgaven	25 744,6	26 639,9	30 052,0	31 117,9	32 241,0	33 308,8	33 305,8

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting belangrijkste mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007</i>							
Op basis van gegevens van het CVZ en de NZa zijn de uitgaven 2006 voorlopig afgerekend. Uit deze afrekening komt voor 2006 een meevaller van € 17,1 miljoen, per saldo ontstaat vanaf 2007 een structurele tegenvaller van € 552,5 miljoen. Hogere uitgaven dan geraamd doen zich vooral voor bij de algemene en academische ziekenhuizen (€ 276 miljoen), medisch specialistische zorg (€ 250 miljoen), verloskundige zorg (€ 7 miljoen) en logopedie (€ 10,9 miljoen). Bij de huisartsenzorg is een tegenvaller opgenomen van € 89,9 miljoen. Daarbij is rekening gehouden met de afspraken tussen LHV, ZN en VWS. Verder zijn op basis van de gegevens over 2006 meevallers geboekt bij hulpmiddelen (€ 40 miljoen), overig ziekenvervoer (€ 17 miljoen), kraamzorg (€ 10 miljoen) en tandheelkundige zorg 2e compartiment (€ 17 miljoen).	- 17,1	552,5	553,2	553,2	553,2	553,2	553,2
Naar aanleiding van de overschrijding van de beschikbare budgettaire ruimte die met de NVZ/NFU en ZN overeengekomen was in het prestatiecontract/convenant, heeft VWS een korting aan de ziekenhuizen opgelegd. Deze korting is aangekondigd in de begroting 2007. Hierop heeft de NVZ een kort geding tegen het ministerie van VWS aangespannen. De rechter bepaalde in het vonnis dat de schade evenwichtig tussen de partijen verdeeld moest worden. De overschrijding ziekenhuizen van € 291 miljoen in 2007 is vervolgens voor de helft opgelost door een structurele ophoging van het BKZ en voor de andere helft door een structurele korting bij de ziekenhuizen. Deze mutatie betreft de structurele ophoging van het BKZ met € 145,5 miljoen vanaf 2007.		145,5	145,5	145,5	145,5	145,5	145,5
Deze mutatie betreft verschillende mutaties, onder andere van de medische zorg voor intensive care patiënten goed te organiseren, voor de pilot inzet nachtrauma-helikopters en de uitvoering van het amendement omtrent de ontwikkelcentra in de revalidatie.		8,8	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
In juni zijn de zorguitgaven 2006 opnieuw afgerekend. Hiervoor is gebruik gemaakt van nieuwe (meer definitieve) cijfers van onder andere de NZa. Uit deze herziene afrekening blijkt in 2006 een tegenvaller van per saldo € 362,7 miljoen waarvan € 21,6 miljoen structureel. De tegenvaller in 2006 valt voornamelijk hoger uit doordat de in de eerste suppletore wet gemelde structurele tegenvallers bij de ziekenhuizen (€ 202 miljoen) en medisch specialisten (€ 113 miljoen) nog niet waren verwerkt voor het jaar 2006. De structurele doorwerking wordt vooral veroorzaakt door een tegenvaller bij de overige curatieve zorg (€ 11,4 miljoen), het ambulancevervoer (€ 6 miljoen) en de huisartsenzorg (va. 2008 € 8 miljoen).	362,7	21,6	25,5	25,5	25,5	25,5	25,5
Om een adequate inzet van acute zorg in opgeschaalde situaties bij crises en rampen te verzekeren is afgesproken om vanaf 2008 structureel geoormerkt geld beschikbaar te stellen teneinde zorgaanbieders in staat te stellen deze verantwoordelijkheid waar te maken en personeel hiervoor op te leiden, te trainen en in praktijksimulaties te oefenen. Daarbij hoort ook de opzet van een elfde traumacentrum. Het betreft de dekking voor de organisatie- en coördinatiekosten van 11 traumacentra, de coördinatiekosten en kosten voor opleiden, trainen en oefenen in 110 ziekenhuizen en in vervolg daarop instellingen in de acute GGZ, de thuiszorg en de huisartsenzorg.			11,0	11,0	11,0	11,0	11,0
Begin 2007 is overeenstemming bereikt met de Orde van Medisch Specialisten over de hoogte van het per 2008 in te voeren uurtarief voor medisch specialisten. Het uurtarief is vastgesteld op € 132 (prijspeil 2006) en dat betekent een verlaging van € 15,50 ten opzichte van het macroneutrale uurtarief. Vrijgevestigde medisch specialisten en instellingen zijn vrij om binnen een bandbreedte van € 6,- onder en € 6,- boven het uurtarief afspraken te maken. Bovenop het uurtarief ontvangen de medisch specialisten ook een vergoeding van € 0,50 per uur voor kwaliteit. Deze vergoeding zal door middel van een subsidie aan de medisch specialisten ter beschikking worden gesteld.			- 175,0	- 175,0	- 175,0	- 175,0	- 175,0
In 2008 zal een taakstellende efficiencybesparing van € 160 miljoen worden opgelegd. Deze taakstelling zal worden verwerkt in de vorm van een structurele budgetkorting.			- 160,0	- 160,0	- 160,0	- 160,0	- 160,0

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Met de afschaffing van de functionele bekostiging (FB) per 2009 zal voor een deel van de zorg maatstafconcurrentie worden ingevoerd. Maatstafconcurrentie is een vorm van prijsregulering die zorgt voor een beheerste prijsontwikkeling door relatief ondoelmatige zorgaanbieders te stimuleren hun zorg efficiënter te leveren. Voor de jaren 2009 tot en met 2011 zal de maatstaf worden vastgesteld op basis van een taakstellende efficiencybesparing.				- 15,0	- 90,0	- 240,0	- 240,0
Overheveling naar de begrotingsuitgaven (artikel 42) ten behoeve van zorg aan illegalen (Stichting Koppeling).			- 22,2	- 22,2	- 22,2	- 22,2	- 22,2
Toedeling van de taakstelling aanpak ziekteverzuim.		- 5,5	- 5,5	- 5,5	- 5,5	- 5,5	- 5,5
Deze post is het saldo van de mutaties, die samenhangen met de uitbreiding van het verzekerde pakket per 01-01-2008. In het coalitieakkoord is afgesproken het aantal uren kraamzorg uit te breiden (€ 34 mln) en de anticonceptiepil (€ 70 mln) weer in het verplichte pakket van de Zvw op te nemen. Daarnaast heeft het kabinet besloten om de aanspraak op integrale mondzorg voor de jeugd uit te breiden van 18 tot 22 jaar. Daarbij is tevens besloten dat deze aanspraak buiten het eigen risico wordt gehouden.			204,0	204,0	204,0	204,0	204,0
De geneeskundige GGZ wordt per 1 januari 2008 overgeheveld uit de AWBZ naar de ZVW. In verband hiermee wordt dit bedrag structureel overgeheveld van artikel 43.			2 989,0	2 989,0	2 989,0	2 989,0	2 989,0
De opleidingskosten voor erkende medische en tandheelkundige specialisten en erkende bètaberoepen worden vanaf 2007 uit het opleidingsfonds betaald. Deze zogenaamde eerste tranche opleidingen is in 2007 vanuit de VWS-begroting bekostigd. Vanaf 2008 komen daar een aantal tweede tranche-opleidingen bij. De middelen voor de eerste en tweede tranche worden structureel naar de VWS-begroting overgeheveld.			- 699,0	- 699,0	- 699,0	- 699,0	- 699,0

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maatregelen farmaceutische zorg: Sinds 2004 zijn convenanten van kracht om de overgang mogelijk te maken naar een geneesmiddelenvoorziening met marktconforme onderhandelingen, effectieve prikkels voor kwaliteitsverbetering en doelmatigheidsbevordering en meer keuzevrijheid voor de patiënt. Kern van de afspraken was het beperken van de ruimte voor het geven van kortingen en bonussen en de introductie van een op prestatiebekostiging gerichte tariefstructuur voor apotheekhoudenden. Waar mogelijk wordt centrale regelgeving buiten werking gesteld of afgeschaft. Bovenstaande uitgangspunten van beleid vragen om een transitie van de bestaande situatie naar een vanaf 2009 te bereiken meer normale marktsituatie. Deze transitie vergt een heldere langetermijnvisie en een stappenplan om die visie te kunnen verwezenlijken.			- 340,0	- 340,0	- 340,0	- 340,0	- 340,0
Om overschrijdingen op onderdelen van de huisartstenzorg te compenseren, worden maatregelen getroffen.		- 23,8	- 57,4	- 57,5	- 57,5	- 57,5	- 57,5
Toedeling groeirimte 2008 – 2011 over de verschillende sectoren.			824,8	1 825,9	2 911,0	4 129,7	4 129,7
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>							
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor 2007–2012. De tranche 2007 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		405,7	441,3	432,2	432,0	430,0	427,8
<i>Toelichting nieuwe kapitaallasten mutaties</i>							
Bij het prioriteren van bouwprojecten, eind 2005, is er volgens de bezwaarschriftencommissie onzorgvuldig afgewogen. Door een recente uitspraak van de beroepscommissie is het knelpunt juridisch onvermijdelijk geworden en is een aantal projecten alsnog geprioriteerd.			2,5	7,6	10,7	10,7	10,7

Beleidsartikel 43: Langdurende zorg

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		4 826 470	4 892 968	4 966 923	5 044 823	5 124 023	
Mutatie 1e suppletore wet		- 4 439	22 244	21 355	21 536	21 536	
Nieuwe mutaties		52 759	145 356	174 409	170 878	189 453	
Nieuwe nominale wijzigingen		3 391	8 300	11 299	14 728	7 228	
Stand ontwerpbegroting 2008	5 086 972	4 878 181	5 068 868	5 173 986	5 251 965	5 342 240	5 339 778
Ontvangsten (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		144	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2008	3 614	144	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2007</i>							
Overheveling van artikel 44 voor het Fonds PGO en de Regionale Patiënten Consumenten Platforms (RPCP's). Op 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in werking getreden. De cliëntparticipatie op lokaal niveau is echter nog niet in heel Nederland goed georganiseerd. Bijzonder aandacht verdient de groep GGZ-cliënten. Om de participatie van de cliënten op lokaal niveau te ondersteunen heeft toenmalig Staatssecretaris Ross in de TK de toezegging gedaan om in de jaren 2006 t/m 2008 jaarlijks subsidiegelden toe te kennen aan het Fonds PGO en de RPCP's.	4 500	4 000	1 500				
Structurele overheveling van artikel 44 voor het kennisinstituut Vilansz. De 9 kennisinstituten in de maatschappelijke zorg die waren verbonden met VWS, zijn per 1 januari 2007 teruggebracht naar 3 kennisinstituten: Movisie (valt onder artikel 44), Vilansz en het Nederlands Jeugd-instituut (valt onder artikel 45). De budgetten van de 9 oude kenniscentra worden ingezet voor 3 nieuwe kennisinstituten.	3 055	3 055	3 055	3 055	3 055	3 055	3 055
Overheveling vanuit de premie-middelen voor de stimulering van innovatie in de langdurige zorg. Doel is te komen tot een meer duurzame langdurige zorg.	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
Overheveling vanuit de premie-middelen voor mentoren/cliëntondersteuning.	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Overheveling naar artikel 41	- 2 016	- 837	- 579				
Structurele overheveling naar de premie-middelen	- 3 200	- 3 200	- 3 200	- 3 200	- 3 200	- 3 200	- 3 200
Structurele overheveling vanuit de premie-middelen voor uitvoering van de subsidieregeling Palliatieve zorg (via de begroting)	11 400	11 400	11 400	11 400	11 400	11 400	11 400

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vanuit de eindejaarsmarge worden middelen beschikbaar gesteld voor het verkrijgen van meer inzicht in de zorgzwaarte van de zittende populatie AWBZ-cliënten. De instellingen 'scoren' hun cliënten aan de hand van een door het bureau HHM ontwikkeld programma.	3 000					
Bijstelling raming van de Rijksbijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. het CEP. Via de BIKK wordt het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten gecompenseerd voor de lagere premieontvangsten die resulteren uit de sinds 2001 geldende systematiek van heffingskortingen. Omdat de totale omvang van de heffingskortingen thans lager wordt geraamd dan ten tijde van de Begroting 2007, is de premiederving die daarvan het gevolg is ook lager. Daarom kan ook de compensatie via de BIKK lager uitvallen.	- 25 500					
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
Bijstelling raming van de Rijksbijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. het CEP. Via de BIKK wordt het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten gecompenseerd voor de lagere premieontvangsten die resulteren uit de sinds 2001 geldende systematiek van heffingskortingen. Omdat de totale omvang van de heffingskortingen thans lager wordt geraamd dan ten tijde van de Begroting 2007, is de premiederving die daarvan het gevolg is ook lager. Daarom kan ook de compensatie via de BIKK lager uitvallen.		- 97 264	- 85 972	- 71 553	- 57 300	- 57 300
Bijstelling raming van de Rijksbijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. de MLT.	5 300	- 118 236	- 93 728	- 86 547	20 000	228 700
Bijstelling raming van de Rijksbijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. de MEV).	2 300	185 200	168 900	153 500	138 600	92 000
Met deze reeks wordt de geconstateerde verwachte stijging van het beroep op de TBU (tegemoetkoming buitengewone uitgaven) verwerkt in het budget. De vrijval van de middelen voor de TBU in 2011 en 2012 is gekoppeld aan de overheveling van de BU (buitengewone uitgaven) vanuit de premie (hoofdstuk 41) naar de gemeentes	36 900	50 200	52 100	27 800	- 49 700	-86 500
Enveloppe Zorg: Om de indicaties voortvarender te verstrekken wordt de indicatiestelling vereenvoudigd. Er wordt geëxperimenteerd met het indiceren door huisartsen en andere professionals. Professionals worden hiervoor geïnstrueerd. Daarnaast wordt er een centraal meldpunt opgericht voor cliënten en zullen expertsystemen worden ontwikkeld om cliëntprofielen op te leveren.		5 000	8 000	8 000	500	
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet om per 1 januari 2008 binnen de gehele zorgketen van verpleeg- en verzorgingshuizen een systeem van zorgzwaartebekostiging in te voeren. Instellingen worden hiermee gefinancierd op basis van de zorgzwaarte van de cliënten, waardoor er meer (financiële) ruimte is voor cliënten met een grote zorgbehoefte.		5 500				

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Enveloppe Zorg: De langdurige zorg vertoont een sterke samenhang met de 1e en 2e lijnszorg. Onder andere via het programma kwetsbare ouderen wordt de ketenzorg geïntensiveerd.		10 000	20 000	30 000	30 000	
Enveloppe Zorg: Er worden middelen beschikbaar gesteld voor het verbeteren van patiëntveiligheid (actieplan veilige zorg) en transparantie (certificering maakt kwaliteit zichtbaar) in de zorg.		3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Enveloppe Zorg: Er worden middelen beschikbaar gesteld voor het meten van patiëntervaringen (CQ-index). Daarnaast worden middelen beschikbaar gesteld om de patiëntveiligheid te verbeteren.		2 400	2 800	2 900	1 900	1 900
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet voor palliatieve zorg. Een deel van de middelen wordt ingezet om de problemen met de huisvestingslasten van de hospices of bijna-thuis-huizen op te lossen. Het overige wordt ingezet bij het plan van aanpak palliatieve zorg, dat voorzien is voor dit najaar.		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet om het inzicht in kwaliteit van zorg te vergroten en om bij patiënten en cliënten de kennis over hun rechten te verbeteren. Hiertoe wordt onder meer de Regeling Functiefinanciering (subsidierегeling PGO-organisaties) aangepast, zodat de PGO-organisaties hun derdepartij-rol (naast zorgaanbieders en verzekeraars) beter kunnen waarmaken. Daarnaast worden middelen ingezet voor het mitigeren van herverdelingseffecten, die het resultaat zijn van de wijziging van de Regeling Functiefinanciering.		12 900	11 500	11 500	11 500	11 500
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet om de zorgprofessional extra te ondersteunen. Onder voorwaarde dat meer uren aan directe zorgverlening wordt besteed, wordt een financiële impuls gegeven om 5 000 tot 6 000 extra mensen aan te trekken. Meerdere initiatieven worden ontplooid die de zorgprofessional zijn positie als deskundig weer moet terug geven. De professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden zal worden gestimuleerd door onder andere aandacht te besteden aan de dialoog op de werkvloer binnen het zorgteam en aandacht voor de dialoog tussen het zorgteam en cliënten.		2 500	2 500	2 500	2 500	
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet om gerichte activiteiten te ontplooiën om de prevalentie van decubitus, valincidenten, ondervoeding en seksueel misbruik van bewoners in zorginstellingen substantieel af te laten nemen.		7 500	7 500	7 500	7 500	3 800
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet ter ondersteuning van cliënten in de verpleeg- en verzorgingshuizen, zodat deze tijdens contact met professionals beter in staat zijn om keuzes en wensen kenbaar te maken.		15 000	10 000			

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Enveloppe Zorg: Om knelpunten in de arbeidsmarkt in de langdurige zorg aan te kunnen pakken is een stevige impuls nodig. Hiervoor worden voor de jaren 2008 t/m 2011 middelen beschikbaar gesteld. De middelen zullen worden ingezet voor het vergroten en het stimuleren van de instroom, het creëren van stageplaatsen, wervingscampagnes en onderzoek.		44 812	53 437	61 312	59 062	
Enveloppe Zorg: De middelen worden ingezet ter ondersteuning van vernieuwende projecten in het kader van domotica en kleinschalig wonen (in samenspraak met VROM). Er is nog onvoldoende sprake van behoorlijke keuzemogelijkheden voor cliënten. Het grootschalige intramurale aanbod is nog te vaak de enige optie. Daarom zal met een – tijdelijke – regeling aan de ontwikkeling van kleinschalige initiatieven een impuls worden gegeven. Goede voorbeelden zullen bredere aandacht krijgen.		15 000	20 000	30 000	30 000	
Overheveling naar artikel 99		- 6 418	- 7 130	- 7 130	- 7 130	- 7 130
Overheveling vanuit de premiemiddelen met als doel innovatie in de langdurige zorg te vergroten. In dit kader doet Nederland mee aan een Europees programma (Ambiant Assisted diving AAL). Omdat te financieren worden premiemiddelen structureel naar de begroting overgeheveld.				3 429	3 429	3 429
Er worden middelen beschikbaar gesteld voor de verbetering van de AZR. Per 1 januari 2007 zijn zorgaanbieders verplicht (AO WMG) om de AZR te gebruiken. De AZR is bedoeld voor het gestandaardiseerd vastleggen en uitwisselen van informatie tussen indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders. De AZR 'matcht' de geïndiceerde en de geleverde zorg en geeft inzicht in de procesgang in de keten.	2 125	2 330	2000	2000	2000	
Er worden additionele middelen beschikbaar gesteld als gevolg van een toegenomen aantal aanvragen bij CIZ om meer indicaties te stellen.	7 000					
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
Overheidsbijdrage in de arbeidsontwikkeling (OVA 2007)	2 522	2 520	2 525	2 525	2 525	2 525

Premie							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2007							
Uitgavniveau stand Begroting 2007	22 295,3	21 563,1	21 791,9	21 852,8	21 807,2	21 776,4	21 776,4
Mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007	417,5	428,5	436,2	442,3	438,9	438,9	406,9
Nieuwe mutaties	58,0	131,1	- 2 500,4	- 2 195,1	- 1 619,2	- 1 004,7	- 972,7
Nieuwe nominale wijzigingen	- 23,0	419,5	422,3	422,2	417,1	413,0	410,6
Nieuwe bouwmutaties							
Uitgavniveau stand Begroting 2008	22 747,8	22 542,2	20 150,0	20 522,2	21 044,0	21 623,6	21 621,2
B. Financiering							
AWBZ	22 477,6	22 738,1	20 148,7	20 522,2	21 044,0	21 623,6	21 621,2
Particuliere verzekering	2,8	1,8	1,3				
Mutatie financieringsachterstand	267,4	- 197,7					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	22 480,4	22 739,9	20 150,0	20 522,2	21 044,0	21 623,6	21 621,2
BKZ-ontvangsten							
Netto BKZ-uitgaven	22 480,4	22 739,9	20 150,0	20 522,2	21 044,0	21 623,6	21 621,2

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting belangrijkste mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007</i>							
Op basis van gegevens van het CVZ en de NZa zijn de uitgaven 2006 voorlopig afgerekend. Uit deze afrekening komt voor 2006 een tegenvaller van € 361,5 miljoen, per saldo ontstaat er vanaf 2007 een structurele tegenvaller van € 461,4 miljoen. Hogere uitgaven dan geraamd doen zich voor bij de AWBZ-convenantsectoren (€ 335,0 miljoen) en PGB's (€ 127,0 miljoen).	361,5	461,4	461,4	461,4	461,4	461,4	461,4
Voor 2007 wordt een verdere groei van het aantal houders van een persoonsgebonden budget verwacht. Dit leidt tot structureel € 51 miljoen hogere uitgaven in de AWBZ.		51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0
Bij de invoering van Verblijfszorg thuis treden meerkosten op.		3,4	10,6	16,7	16,7	16,7	16,7
Het Wmo-budget is naar aanleiding van de septembercirculaire 2006 bijgesteld voor de reële en nominale ontwikkeling 2006 en voor de reële ontwikkeling 2007. Deze bedragen zijn naar de begroting van BZK overgeheveld.		- 52,4	- 52,4	- 52,4	- 52,4	- 52,4	- 52,4

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
In juni zijn de zorguitgaven 2006 opnieuw afgerekend. Hiervoor is gebruik gemaakt van nieuwe (meer definitieve) cijfers van onder andere de NZa. Uit deze herziene afrekening blijkt een tegenvaller van € 58 miljoen. De tegenvaller wordt in zijn geheel veroorzaakt door een tegenvaller bij de AWBZ-convenant sectoren (€ 70 miljoen) en een meevaller bij de beheerskosten van verzekeraars en uitvoeringsorganen (€ 12 miljoen). Het structurele effect van deze afrekening ontstaat door de tegenvallers bij de AWBZ-convenantsectoren van € 70 miljoen en de PGB's van € 78 miljoen.	58,0	148,0	148,0	148,0	148,0	148,0	148,0
De eigen betalingen in de AWBZ nemen toe door de invoering van het volledig pakket thuis met ingang van 1 juli 2007.		2,9	9,1	14,4	14,4	14,4	14,4
Deze mutatie betreft de naltrexonbehandelingen, een betere methode om verslaafden te laten afkicken.			2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Per 1 januari 2008 wordt volgens planning de Verblijfszorg thuis (voorheen full package) mogelijk gemaakt. Er is een groep van 10 000 mensen met een verblijfsindicatie die niet in een instelling verblijven. Zij hebben gekozen voor een andere oplossing dan opname in een intramurale instelling. Deze groep zal een beroep doen op de Verblijfszorg thuis. Voor deze groep zal de huishoudelijke verzorging ten laste van de AWBZ komen. HV valt sinds 1 januari jl. onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten (Wmo). Afsproken is dat de middelen die vrijvallen bij de gemeenten als gevolg van de invoering van VPT zullen worden overgeheveld van het GF naar de AWBZ.			22,3	35,1	35,1	35,1	35,1

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)

Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<p>OB-aanpassingen</p> <p>Ingezet wordt op het beheersen van de uitgaven voor (extra-murale) ondersteunende begeleiding. Bij ondersteunende begeleiding gaat het om activiteiten die de cliënt ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij. Tot 2003 werd er vooral begeleiding geboden aan zelfstandig wonende gehandicapten. In de laatste twee jaar wordt er ook veelvuldig geïndiceerd bij de Verpleging en verzorging en de GGZ. Om de uitgaven voor ondersteunende begeleiding beter te kunnen beheersen wordt voorgesteld om de volgende aanpassingen te plegen:</p> <p>a) schrappen van de grondslag somatisch en verlaging van het tarief met € 10 voor de huidige zorgontvangers;</p> <p>b) schrappen van de grondslag psychosociaal</p>			- 120,0	- 330,0	- 330,0	- 330,0	- 330,0
<p>Invoeren best practices/efficiencykorting</p> <p>Het is gewenst dat de sector gedwongen wordt zich te spiegelen aan best practices. Uitgaande van het prijs/kwaliteitsniveau van de beste zorgleveranciers moet een bekostigingssysteem worden ontwikkeld waarbij goed presterende zorgaanbieders worden beloond en minder presenterende zorgaanbieders worden gekort. Vooruitlopend hierop wordt via een integrale tariefkorting doorgevoerd.</p>			- 115,0	- 190,0	- 265,0	- 360,0	- 360,0
<p>Aanpassing extramurale bekostiging</p> <p>In de huidige situatie wordt zorg geïndiceerd in klassen en bekostigd in uren. Dit geeft ruimte om bij een gelijke indicatie meer of minder uren zorg te verlenen. Is de indicatie bijvoorbeeld 2-4 uur (klasse), dan kan zowel 2 uur als 4 uur zorg worden geleverd. Levering aan de top levert dus een verdubbeling van kosten op ten opzichte van levering op het minimum, omdat de zorgverlener wordt bekostigd op basis van de daadwerkelijk geleverde uren. Voorgesteld wordt om de speelruimte te beperken door voor de relevante functies – ondersteunende begeleiding en persoonlijke verzorging – over te stappen op een vaste bekostiging per klasse.</p>			- 115,0	- 110,0	- 105,0	- 105,0	- 105,0
<p>Correctie op het reeds overgehevelde budget Wmo, voor de voormalige AWBZ subsidieregeling diensten bij wonen met zorg (€ 6,7 miljoen) en voor zorgvernieuwingprojecten GGZ (€ 1 miljoen)</p>		- 7,7					

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
De komende jaren dient het mogelijk te worden gemaakt om 5 000 tot 6 000 extra verpleegkundigen en verzorgenden aan te trekken. Aan deze impuls wordt de voorwaarde verbonden dat meer zorg aan het bed wordt geleverd.			110,0	110,0	187,0	218,0	250,0
In de toekomstagenda langdurige zorg wordt opgemerkt dat er een ruimer aanbod moet komen rondom de verzorging van gehandicapte kinderen. Een verbeterde opvoedkundige hulp draagt bij aan het verminderen van de knelpunten in de AWBZ-zorg.			10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Er moet een ruimer zorgaanbod komen met betrekking tot de dagbesteding van gehandicapten. In de toekomstagenda langdurige zorg is een intensivering in de dagbesteding van gehandicapten aange-merkt als speerpunt in het oplossen van de knelpunten binnen de AWBZ-zorg.			40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
De komende jaren staat de groei-ruimte van de AWBZ onder grote druk. In 2008 en 2009 wordt de groei-ruimte tijdelijk opgehoogd.			70,0	50,0			
Toedeling van de taakstelling aanpak ziekteverzuim.		- 12,1	- 12,1	- 12,1	- 12,1	- 12,1	- 12,1
De geneeskundige GGZ wordt per 1 januari 2008 overgeheveld uit de AWBZ naar de ZVW. In verband hiermee wordt dit bedrag structureel overgeheveld naar artikel 42.			- 2 989,0	- 2 989,0	- 2 989,0	- 2 989,0	- 2 989,0
De opleidingskosten voor psychiaters, SEH-artsen en erkende opleidingen met betrekking tot collectieve preventie in de care worden vanaf 2008 uit het opleidingsfonds betaald. Deze zogenaamde tweede tranche opleidingen wordt vanuit de VWS-begroting bekostigd. De betreffende middelen worden structureel naar de VWS-begroting overgeheveld.			- 28,2	- 28,2	- 28,2	- 28,2	- 28,2
Toedeling groei-ruimte 2008 – 2011 over de verschillende sectoren.			467,5	1 054,7	1 673,6	2 350,1	2 350,1

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>							
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor 2007–2012. De tranche 2007 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99). Daarnaast valt de realisatie 2006 voor de loon- en prijsbijstelling mee met € 23 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de begroting 2007 voor deze sector te hoog is geweest.	- 23,0	419,5	422,3	422,2	417,1	413,0	410,6

Beleidsartikel 44: Maatschappelijke ondersteuning

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		485 110	481 012	480 601	480 866	479 773	
Amendement Joldersma/Bussemaker (kamerstukken 30 800 XVI, nr. 68)		20 000					
Mutatie 1e suppletore wet		49 613	29 000	26 940	23 296	18 685	
Nieuwe mutaties		3 024	18 180	21 902	23 939	26 151	
Nieuwe nominale wijzigingen		7 389	7 340	7 334	7 335	7 335	
Stand ontwerpbegroting 2008	392 638	565 136	535 532	536 777	535 436	531 944	530 503
Ontvangsten (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2008	3 878	70	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2007</i>							
Overheveling naar artikel 43	- 4 500	- 4 000	- 1 500				
Overheveling van het ministerie van BZK voor het innen van eigen bijdragen Wmo. De middelen worden betaald aan het CAK voor centrale inning.	11 900	- 2 500	- 2 500	- 2 500	- 2 500	- 2 500	
Structurele overheveling naar artikel 43	- 3 055	- 3 055	- 3 055	- 3 055	- 3 055	- 3 055	
Overheveling vanuit de premiemiddelen voor de Wmo. De subsidieregeling diensten bij wonen met zorg was bestemd om het thuis blijven wonen te faciliteren. Nu gemeenten vanaf 2007 verantwoordelijk zijn voor de huishoudelijke hulp thuis, de WVG en de voormalige welzijnstaken is de subsidie per 1 januari 2007 opgeheven en zijn de middelen per die datum ondergebracht in de Wmo.	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
Valys Bovenregionaal Vervoer WVG. Mensen die hiervoor zijn geïndiceerd, hebben recht op bovenregionaal vervoer. Steeds meer mensen met beperkingen (pashouders) maken hiervan gebruik. Ter compensatie van de toegenomen kosten zijn extra middelen beschikbaar gesteld.	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	
Voorfinanciering verdeelsleutel MO. Om te komen tot een volledig objectieve verdeling van de specifieke uitkering maatschappelijke opvang wordt de verdeelsleutel aangepast. De meerjarige overgangstermijn van de aanpassing van de verdeelsleutel wordt voorgefinancierd.	22 000	18 000	13 000	9 000	4 000		

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
Interne herschikking: Middelen voor de implementatie, vernieuwing en evaluatie van de Wmo en voor vrijwillige inzet en mantelzorg.		8 000	8 000	8 000	8 000	8 000
Enveloppe Zorg: Middelen voor het voorkomen van (vrouwelijke) genitale verminking, eengerelateerd geweld, huiselijk geweld en uitbreiding van het aantal opvangplaatsen voor vrouwen.		3 000	5 500	8 000	10 500	13 000
Enveloppe Capaciteit, veiligheidsketen en preventie: Middelen voor het voorkomen van (vrouwelijke) genitale verminking, eengerelateerd geweld, huiselijk geweld en uitbreiding van het aantal opvangplaatsen voor vrouwen.		1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Door de invoering van de Wet Tijdelijk Huisverbod zijn middelen noodzakelijk voor versterking van de advies- en steunpunten huiselijk geweld, interventieteams en voor daderopvang.		11 325	15 725	15 725	15 725	15 725
Overheveling naar artikel 99	- 9 100	- 8 921	- 9 912	- 9 912	- 9 912	- 9 912
Extra middelen om gemeenten te kunnen ondersteunen bij een goede uitvoering van de Wmo zijn middelen nodig voor monitoren, evaluatie, handreikingen en onderzoek.	5 700	1 700				
Extra middelen voor transitiekosten in verband met terugbrenging van het aantal kenniscentra.	6 000					
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
Overheidsbijdrage in de arbeidsontwikkeling (OVA 2007)	7 389	7 340	7 334	7 335	7 335	7 335

Premie							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2007							
Uitgavniveau stand Begroting 2007	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5	156,5
Mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007	5,8						
Nieuwe mutaties			3,6	7,3	11,1	15,2	15,2
Nieuwe nominale wijzigingen		3,6	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
Nieuwe bouwmutaties							
Uitgavniveau stand Begroting 2008	162,3	160,1	163,5	167,2	171,0	175,1	175,1
B. Financiering							
AWBZ	162,3	160,1	163,5	167,2	171,0	175,1	175,1
Mutatie financieringsachterstand							
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	162,3	160,1	163,5	167,2	171,0	175,1	175,1
BKZ-ontvangsten							
Netto BKZ-uitgaven	162,3	160,1	163,5	167,2	171,0	175,1	175,1

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting belangrijkste mutaties</i> <i>Jaarverslag 2006/1e SW 2007</i>							
Op basis van gegevens van het CVZ zijn de uitgaven 2006 voorlopig afgerekend. Uit deze afrekening blijkt bij de MEE-instellingen een tegenvaller van € 5,8 miljoen.	5,8						
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
Toedeling groeirimte 2008–2011 over de verschillende sectoren.			3,6	7,3	11,1	15,2	15,2
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>							
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op niet-beleidsartikel 99. Daar staat de raming voor 2007–2012. De tranche 2007 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		3,6	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4

Beleidsartikel 46: Sport

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		100 816	98 364	105 988	108 344	98 109	
Mutatie 1e suppletore wet		1 842	- 4	- 2	- 1	- 1	
Nieuwe mutaties		- 2 269	17 165	13 278	11 185	14 942	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 920	1 919	2 033	2 054	1 901	
Stand ontwerpbegroting 2008	118 546	102 309	117 444	121 297	121 582	114 951	114 951
Ontvangsten (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		0	0	0	0	0	
Nieuwe mutaties		870	870	870	870	870	
Stand ontwerpbegroting 2008	999	870	870	870	870	870	870

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2007</i>							
Enveloppe Sport: De middelen worden ingezet om ervoor te zorgen dat jongeren dagelijks kunnen sporten en bewegen, binnen en buiten de schooluren. Tevens wordt gewerkt aan een dekkend aanbod van brede scholen in de krachtwijken en aan extra brede scholen in de rest van Nederland.		7 500	7 500	7 500	7 500	7 500	
Enveloppe Sport: De middelen worden ingezet voor een extra impuls voor talentontwikkeling. Daarbij zal voornamelijk worden ingezet op verbetering van de combinatie van toptrainingen en onderwijs- en studiefaciliteiten voor talenten, de ontwikkeling en inrichting van enkele extra Centra voor Topsport en Onderwijs, een extra impuls voor talent-coaching, evenals op het leveren van een duurzame bijdrage aan hoogwaardige (internationale) trainings- en wedstrijd-programma's.		2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	
Enveloppe Zorg: In het kader van het verbinden van curatieve zorg en preventie worden de middelen aangewend voor het voorkomen van of beperken van chronische ziekten. Onder meer bewegen op recept (een minimale interventiestrategie gericht op het verschaffen van de medisch noodzakelijke beweging, zoals groepsgewijze bewegingslessen en coaching) wordt in 2008 uitgerold.		3 000	1 000				
Intertemporele compensatie in verband met de latere start van InnoSportNL. De projectperiode is verschoven van 2007 naar 2011.	- 3 000					3 000	
Overheveling naar artikel 99			- 84	- 8 584	- 13 584	- 13 584	- 18 584

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Interne herschikking: Om ervoor te zorgen dat jongeren dagelijks kunnen sporten en bewegen wordt er binnen en buiten de schooluren geïnvesteerd in combinatiefuncties sport, onderwijs en naschoolse opvang. Sportverenigingen worden versterkt, zodat ze beter toegerust zijn voor de uitvoering van maatschappelijke taken. Tevens wordt gewerkt aan een dekkend aanbod van brede scholen in de krachtwijken en aan extra brede scholen in de rest van Nederland.			4 609	8 334	8 334	13 334
Interne herschikking: Intensivering van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen voor jeugdigen i.h.k.v. de Brede Preventievisie.		1 875	3 975	5 250	5 250	5 250

Beleidsartikel 47: Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		404 348	393 178	380 442	362 471	349 844	
Mutatie 1e suppletore wet		9 612	- 7 329	- 6 229	- 6 629	- 5 929	
Nieuwe mutaties		31	1 732	1 587	845	- 2 938	
Nieuwe nominale wijzigingen		817	821	821	751	751	
Stand ontwerpbegroting 2008	398 636	414 808	388 402	376 621	357 438	341 728	328 528
Ontvangsten (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2008	3 518	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2007</i>							
Vanuit de eindejaarsmarge worden middelen beschikbaar gesteld voor de aanschaf van een nieuw pand voor het Indisch Huis. De middelen betreffen de opbrengst uit verkoop in 2006 van het oude pand van deze stichting.	2 700						
Neerwaartse bijstelling van de ramingen voor de uitvoering van het wettelijk stelsel van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen ten behoeve van oorlogsgetroffenen. Dat heeft te maken met een lagere reguliere instroom en een lagere instroom bij het project Gerichte benadering. Voorts zijn er lagere uitgaven voor de compensatieregeling ziektekosten-toeslag en de bijzondere voorzieningen.	- 14 300	- 16 000	- 14 600	- 14 500	- 13 500	- 26 300	
Jaarlijkse wettelijke bijstelling van de uitgaven voor een rechtmatige en doelmatige uitvoering van het wettelijk stelsel van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen ten behoeve van oorlogsgetroffenen.	21 200	8 600	8 300	7 800	7 500	7 100	
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
Interne herschikking: Bijdrage aan het programma «Erfgoed van de oorlog». Dit programma heeft een looptijd van bijna vier jaar (tot en met 2010). Na afloop van deze termijn moet het belangrijkste materiaal uit en over WOII in goede staat zijn behouden, is de 'collectie WOII' digitaal ontsloten en zijn er diverse toepassingen gerealiseerd die laten zien wat de mogelijkheden zijn van een breed gebruik van dit erfgoedmateriaal.		2 075	2 300	2 300			

Niet Beleidsartikel 98: Algemeen

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		279 269	278 110	281 923	279 205	280 756	
Mutatie 1e suppletore wet		11 388	4 833	4 526	4 596	4 484	
Nieuwe mutaties		9 027	8 926	7 494	- 2 620	- 13 120	
Nieuwe nominale wijzigingen		5 582	4 645	1 555	4 702	4 818	
Stand ontwerpbegroting 2008	315 569	305 226	296 514	295 498	285 883	276 938	277 198
Ontvangsten (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		3 380	3 380	3 380	3 380	3 380	3 380
Nieuwe mutaties		971	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2008	3 130	4 351	3 380	3 380	3 380	3 380	3 380

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2007</i>							
Overheveling van artikel 42 ter dekking van extra uitvoeringskosten CVZ in verband met de buitenlandtaak en de risicoverevening als gevolg van de invoering van de Zvw.	5 200						
Verhoging van het budget van de NZa als gevolg van de taakuitbreiding in het kader van het nieuwe zorgstelsel.	3 100	3 100	3 100	3 100	3 100	3 100	
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
Interne herschikking ter dekking van de algehele begrotingsproblematiek.		- 3 000	- 3 000	- 3 000	- 3 000	- 3 000	
Interne herschikking: Bij de invoering van de ZVW zijn voor de uitvoering van de buitenlandtaak alleen voor het jaar 2007 incidenteel middelen beschikbaar gesteld. Nu worden structureel middelen beschikbaar gesteld.		4 261	4 243	4 243	4 243	4 243	
Overheveling naar het ministerie van VROM voor strategisch onderzoek van het Milieu en Natuur Planbureau (MNP).	- 3 625	- 3 625	- 3 625	- 3 625	- 3 625	- 3 625	
Overheveling van de apparaatsgelden van voormalig artikel 45 (Jeugdbeleid)		6 729	6 647	6 536	6 334	6 334	
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>							
Loonbijstelling	3 095	3 080	3 117	3 114	3 233	3 233	

Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien

Begroting							
Uitgaven (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		- 16 756	- 16 822	- 17 180	- 16 644	- 14 541	
Mutatie 1e suppletore wet		57 411	41 280	41 414	42 265	42 374	
Nieuwe mutaties		- 1 288	- 2 503	1407	6 041	514	
Nieuwe nominale wijzigingen		- 76 760	- 64 073	- 64 189	- 64 334	- 64 381	
Stand ontwerpbegroting 2008	0	- 37 393	- 42 118	- 38 548	- 32 672	- 36 034	- 8 507
Ontvangsten (x € 1000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stand ontwerpbegroting 2007		0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2008	0	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<i>Toelichting belangrijkste mutaties 1e SW 2007</i>							
Loonbijstelling tranche 2007.	68 851	57 174	57 233	57 344	57 524	57 540	
Aanpassing van de Overheidsbijdrage voor Arbeidskosten (OVA).	- 2 179	- 2 158	- 2 163	- 2 165	- 2 166	- 2 166	
Prijsbijstelling tranche 2007.	10 819	8 282	8 297	8 559	8 508	8 510	
De prijsbijstelling tranche 2006 wordt ingezet ter dekking algehele begrotingsproblematiek.	- 3 308	- 5 473	- 5 573	- 5 910	- 5 287	- 5 287	
Er worden structureel middelen beschikbaar gesteld voor het rijksbrede project Burger Service Nummer (BSN). Tevens is vastgelegd dat alle departementen bijdragen aan het fysieke en digitale depot bij het Nationaal Archief (OCW) voor het wegwerken van achterstanden. De kosten worden gelijkmatig over de departementen verdeeld. Verder dragen alle departementen bij aan het rijksbrede communicatiebeleid.	2 649	2 097	2 097	2 097	2 097	2 097	
Taakstellende onderuitputting ter dekking van algehele begrotingsproblematiek.	- 15 000	- 15 000	- 15 000	- 15 000	- 15 000	- 15 000	
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
Subsidietaakstelling uit het coalitieakkoord.		- 5 430	- 10 948	- 21 896	- 21 896	- 21 896	
Invulling van de Subsidietaakstelling uit het coalitieakkoord.		5 430	10 948	21 896	21 896	21 896	
Subsidietaakstelling uit de Augustusbrief.			- 2 100	- 4 261	- 8 401	- 8 401	
Personele taakstelling uit het coalitieakkoord.		- 7 051	- 14 103	- 28 205	- 56 411	- 56 411	
Huisvesting taakstelling uit het coalitieakkoord.		- 1 742	- 1 742	- 1 742	- 1 742	- 1 742	
Invulling van diverse taakstellingen waaronder de personele taakstelling en de huisvesting taakstelling.		8 793	15 845	29 948	58 100	58 046	

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
De middelen uit de enveloppe Zorg worden overgeheveld naar de artikelen 41, 42, 43 en 44 ter dekking van begrotingsproblematiek.		- 109 409	- 126 749	- 147 014	- 139 679	- 34 225
De middelen uit de enveloppe Zorg worden overgeheveld naar de artikelen 41, 42, 43, 46 en 98 ter dekking van begrotingsproblematiek.		- 97 683	- 106 293	- 90 708	- 93 166	- 78 498
De bij interne herschikking vrijgemaakte middelen worden overgeheveld naar art 41 t/m 98.		- 57 283	- 57 822	- 61 361	- 56 200	- 53 760
De middelen uit de enveloppe Preventie worden toegevoegd aan de VWS begroting.		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
De middelen uit de enveloppe Sport worden toegevoegd aan de VWS begroting.		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
De middelen uit de enveloppe Sport worden overgeheveld naar artikel 46.		- 10 000	- 10 000	- 10 000	- 10 000	- 10 000
De middelen uit de enveloppe capaciteit veiligheidsketen en preventie worden toegevoegd aan de VWS begroting.		10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
De middelen uit de enveloppe capaciteit veiligheidsketen en preventie worden overgeheveld naar artikel 41.		- 10 000	- 10 000	- 10 000	- 10 000	- 10 000
Overheveling vanuit de premiemiddelen van een deel van enveloppe Zorg ter dekking van begrotingsproblematiek in de Care.		110 000	130 000	150 000	140 000	40 000
Overheveling vanuit de premiemiddelen van enveloppe Zorg ter dekking van begrotingsproblematiek in de Cure.		100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Interne herschikking in verband met VWS-brede begrotingsproblematiek.		71 288	88 263	93 263	93 263	98 263
Door middel van een intertemporele compensatie uit 2008, 2009 en 2010 wordt algehele begrotingsproblematiek in 2007 gedekt.	8 803	- 4 925	- 2 806	- 1 072		
De vrijgekomen middelen uit de intertemporele compensatie worden worden overgeheveld naar artikel 41 t/m 98.	- 8 803					
Overheveling naar de programmabegroting voor Jeugd en Gezin.		- 6 558	- 7 615	- 7 167	- 7 167	- 7 167
Overheveling van de enveloppe J&G naar de programmabegroting voor Jeugd en Gezin. Deze gelden bevatten zowel de gelden voor de Centra voor Jeugd en Gezin als de gelden voor o.a. kindermishandeling en jeugdzorg.		- 70 000	- 95 000	- 120 000	- 145 000	- 145 000
Overheveling van een deel van de enveloppe Preventie naar de programmabegroting voor Jeugd en Gezin. Dit deel bevat de gelden voor Campussen en onwillige jeugd.		- 3 000	- 3 000	- 3 000	- 3 000	- 3 000

Toelichting belangrijkste mutaties (bedragen x € 1000)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
Toedeling loonbijstelling tranche 2007 over diverse artikelen.	- 68 061	- 56 189	- 56 339	- 56 493	- 56 561	- 56 560
Toedeling van de prijsbijstelling over diverse artikelen.	- 3 289	- 1 305	- 1 305	- 1 305	- 1 305	- 1 305
De prijsbijstelling tranche 2007 wordt deels ingezet ter dekking van algehele begrotingsproblematiek.	- 5 410	- 6 579	- 6 545	- 6 536	- 6 515	- 6 515

Premie							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A. Opbouw uitgaven vanaf Begroting 2007							
Uitgavenniveau stand Begroting 2007	4,6	951,5	3 466,1	5 961,2	8 598,9	11 523,3	11 523,3
Mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007	- 4,6	- 28,1	- 49,1	- 56,1	- 70,1	- 83,1	- 72,3
Nieuwe mutaties		- 0,8	- 1 365,0	- 2 872,9	- 4 548,9	- 6 220,8	- 4 506,6
Nieuwe nominale wijzigingen		- 868,2	- 411,6	328,2	1 028,3	1 751,3	3 850,2
Nieuwe bouwmutaties		- 81,0					
Uitgavenniveau stand Begroting 2008		- 26,6	1 640,4	3 360,4	5 008,2	6 970,7	10 794,6
B. Financiering							
AWBZ	- 1 794,5	- 1 688,9	- 1 037,3	- 430,1	158,7	921,1	2 439,1
Eigen betaling AWBZ	1 794,5	1 667,8	1 724,8	1 869,3	1 919,2	1 980,3	2 030,0
Eigen betalingen Zvw	2 052,7	2 047,0	1 303,5	1 365,0	1 457,3	1 554,9	1 644,2
Zvw	- 1 987,7	- 2 052,5	- 350,6	556,2	1 473,0	2 514,4	4 681,3
Mutatie financieringsachterstand	- 65,0						
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	65,0	- 26,6	1 640,4	3 360,4	5 008,2	6 970,7	10 794,6
BKZ-ontvangsten	3 847,2	3 714,8	3 028,3	3 234,3	3 376,5	3 535,2	3 674,2
Netto BKZ-uitgaven	- 3 782,2	- 3 741,4	- 1 387,9	126,1	1 631,7	3 435,5	7 120,4

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Toelichting belangrijkste mutaties Jaarverslag 2006/1e SW 2007</i>							
De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de meest recente macro-economische inzichten in het Centraal Economisch Plan 2007 van het Centraal Planbureau (CPB).		- 86,7	- 107,7	- 114,7	- 128,7	- 141,7	- 130,9
De taakstelling ziekteverzuim is in de instellingsbudgetten verwerkt.		52,0	52,0	52,0	52,0	52,0	52,0
Naar aanleiding van de motie Mosterd en voor correctie van evidente foutenregistratie is er € 10 miljoen beschikbaar gesteld.		10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0

Toelichting (bedragen x € 1 000 000)							
Omschrijving	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Het Wmo budget wordt naar aanleiding van de septembercirculaire bijgesteld. Deze bijstelling betreft de nominale indexatie 2007. De indexatie is naar de begroting van BZK overgeheveld.		- 24,0	- 24,0	- 24,0	- 24,0	- 24,0	- 24,0
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>							
Voor de vaststelling van het BKZ 2008 -2011 is uitgegaan van de doorrekening van het Coalitieakkoord door het CPB. Dit leidt tot deze volumemutatie.			- 45,8	17,0	139,5	376,4	376,4
Toedeling van de taakstelling aanpak ziekteverzuim.		17,6	17,6	17,6	17,6	17,6	17,6
Toedeling groeirimte 2008 – 2011 over de verschillende sectoren.			- 1 346,9	- 2 944,6	- 4 661,0	- 6 561,9	- 6 561,9
Voor de jaren na afloop van deze kabinetsperiode wordt 2,5% volumegroei per jaar gereserveerd. Voor 2012 is hiervoor een reservering opgenomen.							1 714,2
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>							
Uitdeling van de vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling aan de beleidsartikelen (tranche 2007).		- 853,5	- 964,2	- 955,1	- 949,8	- 944,5	- 939,1
De incidentele loonontwikkeling in de OVA is hoger vastgesteld dan waar eerder van was uitgegaan.			56,9	122,4	199,9	289,0	289,0
De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de Macro-Economische Verkenning 2008 van het Centraal Planbureau (CPB).		- 14,7	495,7	1 160,9	1 774,2	2 394,8	4 488,3
Voor de vaststelling van het BKZ 2008 -2011 is uitgegaan van de doorrekening van het Coalitieakkoord door het CPB. Dit leidt tot deze nominale mutatie.					4,0	12,0	12,0
<i>Toelichting nieuwe kapitaallasten mutaties</i>							
Actualisatie van de kapitaallastenraming 2007.		- 81,0					

ZBO'S EN RWT'S

Bedragen x € 1 000 000			
Artikel	Naam		2008
Uit begrotingsmiddelen			
41	Zorg Onderzoek Nederland/Medische Wetenschappen (ZonMW)	RWT	2,0
42	Registratiecommissies en opleidingscolleges KNMG, KNMP en NMT		0,6
43	Stichting Fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen (PGO)	RWT	1,8
43	Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ)	RWT	128,0
47	Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR)	RWT	26,0
47	Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië en zbo's «Rechtsherstel» (Het Gebaar en Sinti en Roma)		1,8
98	Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek (CCMO)		1,5
98	Zorg-zbo's (NZa, CVZ, CBZ en CSZ)	RWT	89,5
98	Commissies voor de Gebiedsaanwijzing		0,04
Uit premiemiddelen			
42	Nederlandse Transplantatie Stichting		18
43	Stichting Uitvoering Omslagregelingen (SUO) WTZ	RWT	1,3
43	Uitvoeringsorganen AWBZ inclusief CAK	RWT	156,4

Alle hierboven genoemde organisaties zijn zbo. Indien een zbo daarnaast ook een RWT is, is dit expliciet opgenomen.

MOTIES

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Arib over aanpassing van de pakketmaatregel psychotherapie	30 300 XVI, nr. 148	AFGEHANDELD Zie het Besluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering, wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, Staatsblad 2006, 464.
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	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 20 juli 2006 (27 659, nr. 78)
Motie-Van Miltenburg/Bakker over onafhankelijke financiering van cliëntenraden	30 131, nr. 96	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 18 oktober 2006 (30 131, nr. 111)
Motie-Atsma c.s. over een collectieve aansprakelijkheidsverzekering en/of andere verzekeringen voor vrijwilligers en hun organisaties	30 300 XVI, nr. 73	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 2 november 2006 (30 169, nr. 5)
Motie-Azough c.s. over extra middelen voor ondersteuning van mantelzorgers	30 131, nr. 88	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 2 november 2006 (30 169, nr. 5)
Motie-Kant c.s. over de extra kosten voor rolstoelvoorzieningen in de gemeente Arnhem	30 131, nr. 78	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 16 augustus 2006 (30 131, nr. 109)
Motie-Rouvoet over het betrekken van maatschappelijke instellingen en organisaties bij de invoering van de Wmo	30 131, nr. 84	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 14 juni 2007 (29 538 nr. 53)
Motie-Van Miltenburg c.s. over vertegenwoordiging van het Centrum Indicatiestelling Zorg bij alle zorgklokken	30 131, nr. 95	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 14 juni 2007 (29 538 nr. 53)
Motie-Omtzigt c.s. over een plan voor regelvrije zones	30 186, nr. 47	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 18 juli 2007 (30 186, nr. 63)
Motie-Verbeet c.s. over het investeren in good practises	30 131, nr. 82	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 14 juni 2007 (29 538 nr. 53)
Motie-Rouvoet c.s. over ondersteuning van en training aan lokale initiatieven ter mobilisering van vrijwillige inzet	30 131, nr. 85	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 2 november 2006 (30 169, nr. 5)
Motie-Dittrich c.s. over een registratiesysteem voor delicten met een homofobe achtergrond	27 017, nr. 20	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 december 2006 (27 017, nr. 30)

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Dittrich c.s. over het homovriendelijker maken van de zorg	27 017, nr. 21	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 december 2006 (27 017, nr. 30)
Motie-Schippers c.s. over het in de begroting van 2007 voldoen aan de VBTB-systematiek	30 300-XVI, nr. 50	AFGEHANDELD Zie Begroting VWS 2007 d.d. 19 september 2006 (30 800 XVI)
Motie-Arib over scheiding van taken van de apotheker	29 359/28 494, nr. 69	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 8 september 2006 (29 359/28 494, nr. 93)
Motie-Vendrik c.s. over het omlaag brengen van het aantal doden als gevolg van verkeerd medicijngebruik	29 359/28 494, nr. 71	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 29 augustus 2006 (29 359, nr. 91/27 529)
Motie-Heemskerk over een onderzoek door de CTG-ZAio naar de praktijkvoering van orthodontisten	30 300 XVI, nr. 39	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 april 2007 (30 186/30 800 XVI, nr. 62)
Motie-Heemskerk/Omtzigt over gelijkwaardige positionering van de Inspectie voor de gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit	30 186, nr. 48	AFGEHANDELD Zie Algemeen Overleg IGZ van 13 september 2006
Motie-Arib over uitleg bij afwijking van de Good Governance Code	27 659, nr. 75	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 24 november 2006 (27 659, nr. 83)
Motie-Kant c.s. over een maximumsalaris in de zorg	27 659, nr. 74	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 24 november 2006 (27 659, nr. 83)
Motie-Verbeet c.s. over de ontwikkeling van jeugd sportfondsen	30 300-XVI, nr. 81	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 30 augustus 2006 (30 300 XVI, nr. 171)
Motie-Van der Sande c.s. over een notitie over de mogelijkheden van fiscale maatregelen die sport ondersteunen	30 300-XVI, nr. 82	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 30 augustus 2006 (30 300 XVI, nr. 168)
Motie-Verbeet over het structureel maken van de regeling voor het bevorderen van het zwemmen	30 300-XVI, nr. 70	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 20 november 2006 (30 800 XVI, nr. 28)
Motie-Voordewind c.s. over een plan van aanpak voor verbetering van de medicatieveiligheid	30 800-XVI, nr. 99	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 6 juli 2007 («Koers op kwaliteit»)
Motie-Bussemaker c.s. over beperking van administratieve lasten door een scherpe normstelling	30 800-XVI, nr. 77	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 28 augustus 2007 (Actieplan AWBZ «Naar eenvoud in uitvoering»; MC-4-2794261)

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Van Miltenburg/Smits over diagnostiek en behandeling van dyslexie	29 200-XVI, nr. 98	CVZ-advies wordt medio juli 2007 verwacht. Daarna wordt reactie aan de Kamer gezonden.
Motie-Hermann over duidelijke vermelding alcoholpercentage en leeftijdsgrens op verpakking en intensivering leeftijdscontrole bij verkoop	27 565, nr. 5	Aan de Kamer zal een alcoholbrief worden gezonden. Planning: najaar 2007
Motie Arib c.s. over aanscherping van de aanrijtijden	29 835, nr. 32	De uitvoering van deze motie is afhankelijk van de behandeling van de Wet Ambulancezorg (Waz) in de Eerste Kamer. Naar verwachting kan de Tweede Kamer hier pas in december over worden geïnformeerd.
Motie Koser Kaya over de maximale aanrijtijd	29 835, nr. 33	De uitvoering van deze motie is afhankelijk van de behandeling van de Wet Ambulancezorg (Waz) in de Eerste Kamer. Naar verwachting kan de Tweede Kamer hier pas in december over worden geïnformeerd.
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	Motie zal waarschijnlijk worden meegenomen in de eerst volgende Wmo brief. Planning: augustus 2007
Motie-Mosterd/Bakker over de eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg	30 131, nr. 76	Zal worden betrokken bij de reactie op het SER-advies. Planning: februari 2008
Motie-Kant c.s. over een plan voor de implementatie van de Perinatale Audit	29 323, nr. 24	Is verwerkt in de begroting.
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 antidopingautoriteit Nederland is gaande. Het komende najaar worden nadere afspraken over de aanpak gemaakt. De Kamer zal hier te zijner tijd over worden geïnformeerd. Planning: eind 2007
Motie-Bussemaaker c.s. over een effectieve aanpak van stages en praktijkbegeleiding in de zorgopleidingen	30 800-XVI, nr. 75	Wordt meegenomen in actieplan. Sociale partners komen in september 2007 met een voorstel. In oktober gaat er een brief richting de Kamer.
Motie-Bussemaaker/Omtzigt over het aantrekkelijker maken van werken in de zorg	30 800-XVI, nr. 76	Wordt meegenomen in actieplan. Sociale partners komen in september 2007 met een voorstel. In oktober gaat er een brief richting de Kamer.
Motie-Van der Veen over het verruimen van de leeftijdsgrens voor tandheelkundige zorg voor jeugdigen van 18 naar 21 jaar	29 689, nr. 141	Is verwerkt in de begroting.
Motie-Buijs c.s. over inzicht in nieuwe criteria voor het GVS	29 359/28 494, nr. 86	Het standpunt loopt mee in de integrale visie op het geneesmiddelenbeleid inzake kostenbeheersing en financiën. De Kamer zal hier te zijner tijd over geïnformeerd worden. Planning: najaar 2007

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Schippers/Van Heteren over beter toezicht op de geestelijke gezondheidszorg	30 800-XVI, nr. 16	Reactie op de motie zal voor de begrotingsbehandeling van VWS naar de Kamer worden gestuurd
Motie-Spies/Nijs over de plaats van de RMO binnen de rijksdienst	28 101, nr. 5	Besluit is afhankelijk van het herzieningstraject Rijksdienst.
Motie-Kraneveldt c.s. over aandacht voor kwaliteit en kwantiteit van gemeentelijke ondersteuning van het vrijwilligerswerk	30 131, nr. 93	Wordt opgenomen in tweede voortgangsrapportage Wmo. Planning: september 2007
Motie-Ouwehand c.s. over openbaarmaking van de jaarverslagen van Dierexperimentencommissies	30 800-XVI, nr. 108	Wordt afgedaan met brief aan de Kamer over bottom-up proces. Planning: september 2007
Gewijzigde motie-Heerts/Omtzigt over het niet verstrekken van de zorgtoeslag aan wanbetalers	30 918, nr. 20	Het overleg met Financiën is gestart. De planning is om de Kamer daarover in november 2007 te informeren.
Motie-Omtzigt/Heerts over een masterplan voor Nederlandse verzekerden in het buitenland en buitenlandse verzekerden in Nederland	30 918, nr. 16	Wordt meegenomen in een brief aan de Kamer inzake knelpunten buitenland. Planning: november 2007
Motie-Omtzigt/Heerts over een oplossing voor mensen met een betalingsachterstand	30 918, nr. 15	Motie wordt meegenomen in het Wetsvoorstel structurele oplossing wanbetalers. De planning is om de Kamer daarover in november 2007 te informeren.
Motie-Omtzigt/Heerts over het individueel benaderen van mensen zonder zorgverzekering	30 918, nr. 14	Er komt een brief met plan van aanpak over actieve opsporing onverzekerden. Planning: november 2007
Motie-Kant over georganiseerde jeugdtdanzorg	30 800-XVI, nr. 84	Zal worden meegenomen in een brief die naar verwachting eind augustus 2007 aan de Kamer zal worden gezonden.
Motie-Van Miltenburg over de hoogte van nieuwe PGB's voor mensen met een verblijfsindicatie	26 631, nr. 218	Wordt meegenomen in de eerst volgende voortgangsrapportage Zorgzwaartebekostiging. Planning: september 2007
Motie-Joldersma over een nadere omschrijving van de rookruimte in de horeca	30 800 XVI, nr. 161	Zal worden meegenomen tijdens de behandeling van het wetsvoorstel rookvrije horeca. De Kamer zal hier te zijner tijd over geïnformeerd worden. Planning: voorjaar 2008
Motie-Timmer/Van der Staaij over afspraken over maatregelen op het gebied van happy hours en stunten met alcoholprijzen	29 894, nr. 5	Aan de Kamer zal een alcoholbrief worden gezonden. Planning: najaar 2007
Motie-Joldersma c.s. over onderbrenging van verse paddo's en qat in de Opiumwet	30 515, nr. 12	Zie brief aan de Reactie op standpunt Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM) rapport zal begin augustus aan de Kamer worden gestuurd.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Schippers/Agema over een regeling van tijdelijke toelating tot het pakket van veelbelovende innovaties	30 800-XVI, nr. 92	CVZ en ZonMw zijn bezig met het schrijven van een voorstel voor een regeling van tijdelijke toelating tot pakket van veelbelovende innovaties. Kabinet beslist op basis van dit voorstel. De Kamer zal in september 2007 hierover worden geïnformeerd.
Motie-Van der Veen c.s. over opname van preventie in het basispakket	30 800-XVI, nr. 74	In september 2007 ontvangt de Kamer de preventievisie, in samenhang met het CVZ-advies.
Motie-Schermerms c.s. over het achter de toonbank plaatsen van zelfzorggeneesmiddelen in de UAD-categorie	30 800-XVI, nr. 151	De Kamer zal medio november 2007 worden geïnformeerd.
Motie-Ouwehand c.s. over inventarisatie van doelen waarvoor onderzoek met primaten wordt verricht	30 800-XVI, nr. 110	Wordt afgedaan met standpunt op onderzoek Voedsel en Waren Autoriteit. Planning: december 2007
Motie-Ouwehand c.s. over inventarisatie van proeven op ongewervelde dieren	30 800-XVI, nr. 111	Wordt afgedaan met standpunt op onderzoek Voedsel en Waren Autoriteit. Planning: december 2007
Gewijzigde motie-Bouwmeester c.s. over de invulling van de nieuwe norm voor dwangbehandeling	30 492, nr. 22 (gewijzigd)	Aan de IGZ wordt gevraagd zich hierover uit te spreken, tevens ook contact met NvVP hierover. Planning: eind december 2007
Motie-Joldersma c.s. over een familievertrouwenspersoon in elke GGZ-instelling	30 492, nr. 23	Is uitgezet bij stichting Patiëntenvertrouwenspersoon, wordt ook nog uitgezet bij patiënten- en familieorganisaties. Hierover gaat eind december 2007 een brief naar de Kamer.
Motie-Voordewind c.s. over dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot de bijwerkingen	30 492, nr. 25	Aan de IGZ wordt gevraagd zich hierover uit te spreken. Naar verwachting kan de Kamer eind december 2007 worden geïnformeerd.
Motie-Van der Veen c.s. over onderzoek naar een eenduidige indicatiestelling voor de AWBZ	30 800-XVI, nr. 73	Na afronding van het in de motie bedoelde onderzoek zullen de uitkomsten aan de Kamer worden gestuurd. Planning: december 2007
Motie-Van der Veen c.s. over een onderzoek naar een zodanige vormgeving van de AWBZ dat het recht op zorg kan worden gegarandeerd en cliëntenstops worden voorkomen	30 800, nr. 55	Wordt meegenomen in de reactie op het SER advies. Planning: februari 2008
Motie-Kant c.s. over het verbeteren van de rechtspositie en inkomenspositie van alfa-hulpverleners	29 538, nr. 44	Wordt meegenomen in de 2e voortgangsrapportage Wmo Planning september 2007.
Motie-Wiegman-van Meppelen Scheppink c.s. over het vormgeven van de aanbesteding van huishoudelijke zorg als een toelatingsmodel	29 538, nr. 48	Wordt meegenomen in de 2e voortgangsrapportage Wmo Planning september 2007.
Motie-Willemsse-Van der Ploeg c.s. over het daadwerkelijk leveren van HH2 bij een gecombineerde indicatie HH1 en HH2	29 538, nr. 49	Wordt meegenomen in de 2e voortgangsrapportage Wmo Planning september 2007.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Wolbert c.s. over de positie van alfahulpen	29 538, nr. 47	Wordt meegenomen in de 2e voortgangsrapportage Wmo Planning september 2007.
Motie-Joldersma c.s. over een landelijk dekkende en continue registratie van alcohol- en drugsgerelateerde incidenten	23 760, nr. 22	Planning: eind 2007
Motie-Verbeet c.s. over de huishoudelijke verzorging aan cliënten met een ernstige verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking	30 131, nr. 80	Wordt meegenomen in de 2e voortgangsrapportage Wmo Planning: september 2007
Motie-Verbeet/Bakker over de mediatiecommissie	30 131, nr. 81	Wordt meegenomen in de 2e voortgangsrapportage Wmo Planning: september 2007

TOEZEGGINGEN

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Uitkomsten overleggen met vrijwilligersorganisaties over knelpunten bij vrijwilligersorganisaties en vervoer	AO Valys d.d. 29 maart 2006	Wordt opgenomen in voortgangsrapportage vrijwillige inzet en mantelzorg. Planning: september 2007
Voortgangsrapportage diagnostiek en behandeling van dyslexie	Planningsbrief voorjaar 2005 d.d. 24 maart 2005	Advies CVZ wordt medio juli 2007 verwacht. Na ontvangst met standpunt naar Kamer. Planning: september 2007
Beleidsbrief chronische ziekten	Planningsbrief voorjaar 2005 d.d. 24 maart 2005	Planning: november 2007
Integrale nota allergie	Planningsbrief voorjaar 2005 d.d. 24 maart 2005	Voedingsnota zal medio december 2007 naar de Kamer worden gestuurd.
Brief over het versterken van de rechtspositie van patiënten en cliënten	Wetgevingsoverleg inzake jaarverslag 2006 d.d. 13 juni 2007	Planning: november 2007
Beleidsbrief over ethische kwesties	AO Uitgangspunten van het beleid VWS d.d. 12 april 2007	Planning: eind september 2007
Brief over de (verdere) implementatie van de onderzoeksagenda medische biotechnologie	AO Biotechnologie d.d. 18 april 2007	Planning: augustus 2007
Berichten over actieve opsporing van onverzekerden	Voortzetting behandeling Wijz. van de Zorgverzekeringswet en andere wetten (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering, 30 918) d.d. 20 juni 2007	Brief met plan van aanpak wordt medio november 2007 naar de Kamer gestuurd.
Naast het in het regeerakkoord toegezegde onderzoek naar de psychosociale gevolgen van abortus, vindt er ook onderzoek plaats naar de psychosociale gevolgen van adoptie	Debat over de Regeringsverklaring d.d. 1 maart 2007	ZonMw gaat vooronderzoek verrichten. Naar verwachting medio oktober 2007 gereed.
Brief over de koers met betrekking tot de overgangperiode Zorgverzekeringswet en structurele maatregelen (zorgtoeslag, bronheffing etc)	Voortzetting behandeling Wijz. van de Zorgverzekeringswet en andere wetten (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering, 30 918) d.d. 20 juni 2007	De Kamer wordt hierover per brief in oktober 2007 geïnformeerd.
Integrale visie op het geneesmiddelen beleid inzake kostenbeheersing en financiën	AO Geneesmiddelenbeleid d.d. 24 mei 2007	Planning: september 2007
Brief over mensen met een machtiging voor voorlopig verblijf	Voortzetting behandeling Wijz. van de Zorgverzekeringswet en andere wetten (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering, 30 918) d.d. 20 juni 2007	Toezegging wordt meegenomen in een brief aan de Kamer over knelpunten in het buitenland. Planning: november 2007
Brief over vrouwenopvang	AO Maatschappelijke opvang d.d. 7 juni 2007	Planning: 15 oktober 2007
Brief over de voortgang van de borging en kennisverbreding van de risicoverevening inzake Zorgverzekeringswet	Behandeling VWS-begroting 2007 d.d. 17 januari 2007	Begin september 2007 wordt er een brief naar de TK gezonden met de stand van zaken.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Brief met plannen inzake alcoholbeleid (happy hours, bevoegdheid gemeenten om leeftijdsgrens voor de verkoop te verhogen naar 18 jaar, strafbaarstelling van het bezit van alcoholhoudende dranken voor minderjarigen, hulp aan jongeren met verslavingsproblemen)	Mondelinge vragenuur over alcohol d.d. 12 juni 2007	Brief zal in najaar van 2007 worden gezonden.
Brief over lokale ontwikkelingen in de eerste lijn, o.a. bij de ketenzorg	AO Eerstelijnszorg/huisartsenzorg d.d. 18 oktober 2006	Brief over visie eerstelijnszorg wordt eind november 2007 naar de Kamer gestuurd.
Tussenrapportage Maatschappelijke opvang waarin o.m. wordt ingegaan op hoe ver het staat met de in het AO uitgesproken voornemens, stand van zaken plan van aanpak, zwerfjongeren (i.s.m. Minister J&G), incassobureaus/CJIB en schuldhulpverlening	AO Maatschappelijke opvang d.d. 7 juni 2007	Planning: december 2007
Evaluatie Wet foetaal weefsel	Plenaire behandeling wetsvoorstel Foetaal weefsel (26 639) d.d. 6 november 2001	Evaluatieplan is klaar. ZonMw stelt onderzoeksprogramma op. Planning: eind 2008
Monitoring 2005–2006–2007–2008 Stappenplan rookvrije horeca	AO Alcohol en Tabak d.d. 8 juni 2006	Evaluatie Stappenplan 2007 zal naar verwachting juni 2008 aan de Kamer worden gestuurd.

AFKORTINGENLIJST

AD	Algemene beleidsdoelstelling
ags	adrenogenitaal syndroom
AIV	Advies Instructie Voorlichting
aK	acellulair kinkhoestvaccin
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ao	algemeen overleg
ASAT	Achieving Safety without Animal Training
A-topsporters	topsporters op wereldniveau en olympisch niveau
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BIKK	Bijdrage in de kosten van kortingen
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BOPZ (Wet -)	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BOR	Bewegen op recept
BOS	Regeling buurt, onderwijs en sport
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ministerie van -
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CAOR	Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBOG	College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBZ	College bouw zorginstellingen
CCE	Centra voor Consultatie en Expertise
CCMO	Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CEP	Centraal Economisch Plan
CGL	Centrum Gezond Leven
CHT	congenitale hypothyreoïdie
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, agentschap
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CPB	Centraal Planbureau
CQ	Consumer Quality Index
CSZ	Commissie sanering zorginstellingen
CTO	Centrum voor Topsport en Onderwijs
C&V	Consument en Veiligheid, Stichting
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CW	Comptabiliteitswet
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
dbc	diagnose-behandelcombinatie
DGV	Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening, stichting -
DHW	Drank- en Horecawet
DIS	DBC Informatie Systeem
DKTP-Hibhep	difterie-, kinkhoest-, tetanus-, polio-, Haemophilus influenzae type b-vaccin Hepatitis
emd	elektronisch medicatiedossier
epd	elektronisch patiëntendossier
EU	Europese Unie
EZ	Economische Zaken, ministerie van -
FB	Functionele bekostiging

FES	Fonds Economische Structuur
FIOD-ECD	Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst en de Economische controledienst
fte	fulltime equivalent
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGT	gelaagd en gefaseerd toezicht
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GHS	Globally harmonized system
CIZ	Centrum voor Indicatiestelling Zorg
GR	Gezondheidsraad
gvs	genesmiddelenvergoedingssysteem
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HBSC	Health Behaviour of School Children
Hib	haemophilus influenza type b
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HPV	Humaan Papilloma Virus
HRM	Human Resource Management
HV	Huishoudelijke Verzorging
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IF	Inspectieformulier
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHR	International Health Regulations
JMW	Joods Maatschappelijk Werk
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNV	Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit, ministerie van -
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
MDFT	Multi Dimensional Family Therapy
MenC	meningokokken type C
MEV	Macro Economische Verkenning
MICU	Mobile Intensive Care Unit
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NEVO	Nederlandse Voedingsmiddelentabel
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMT	Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NP	Nurse practitioner
NPK	Nationaal Programma Kankerbestrijding

NTC	Nationaal Trainingscentrum
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVV	Nationale Vaccin Voorziening
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OBiN	Ongevallen en Bewegen in Nederland
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, ministerie van -
OD	Operationele doelstelling
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OGZ	Openbare gezondheidszorg
OVA	Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling
PA	Physician assistant
pgb	persoonsgebonden budget
PGO, Fonds -	Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenuitvoering en Ouderenbonden
pku	phenylketonurie
pNB	prijsonwikkeling Nationale Bestedingen
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
POLS	Permanent Onderzoek LeefSituatie
PUR	Pensioen- en Uitkeringsraad
RAK-ratio	Reserve Aanvaardbare Kosten
REACH	Registration, Evaluation and Autorisation of Chemicals
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
rhb	rijkshoofdboekhouding
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RSV	respiratoir syncytieel virus
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RWT	rechtspersoon met een wettelijke taak
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SDO	Stichting DBC onderhoud
seh	spoedeisende hulp
SER	Sociaal Economische Raad
soa	seksueel overdraagbare aandoening
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
SUO	Stichting Uitvoering Omslagregelingen
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ministerie van -
TB	Tuberculose
TBU	Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven
TK	Tweede Kamer
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
UK	United Kingdom
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VCN	Voedingscentrum Nederland
VCP	Voedselconsumptiepeiling
PVCP	Programma Versterking CliëntenPositie
vms	veiligheidsmanagementsysteem
VN	Verenigde Naties

VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ministerie van -
VTV	Volksgesondheid Toekomst Verkenningen
VU	Vrije Universiteit
V&W	Verkeer en Waterstaat, ministerie van -
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport, ministerie van -
Waz	Wet Ambulancezorg
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WDH	Waarneemdossier Huisartsen
WGP	Wet geneesmiddelenprijzen
WHO	World Health Organisation – Wereldgezondheidsorganisatie
WIA	Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	wereldoorlog
WOD	Wet op de orgaandonatie
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTL	Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WUBO	Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945
WUV	Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945
Zbo	Zelfstandig bestuursorgaan
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

TREFWOORDENREGISTER

Abortus 20, 29, 49, 50, 210
Administratieve lasten 16, 35, 52, 62, 69, 71, 77, 78, 80, 81, 89, 115
Alcohol 9, 17, 18, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 51, 70, 173, 206, 207, 209, 211
Ambulance 24, 56, 60, 74, 153, 154, 156, 180, 206
Anticonceptiepil 11, 71, 154, 181
Arbeidsmarktbeleid 52, 61, 66, 75, 87
Arbeidsmarkt 9, 16, 62, 63, 75, 86, 87, 88, 176, 186
Arbeidsproductiviteit 8, 10, 16, 59, 62, 64, 151
AWBZ 7, 11, 12, 13, 21, 24, 26, 52, 62, 68, 69, 70, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 90, 100, 123, 145, 150, 152, 153, 154, 155, 158, 159, 161, 163, 164, 165, 168, 170, 174, 175, 178, 181, 184, 187, 188, 189, 190, 193, 201, 203, 204, 206, 208, 212
Begrotingsuitgaven 6, 7, 21, 22, 25, 27, 31, 32, 38, 40, 42, 46, 49, 50, 54, 59, 66, 74, 77, 81, 83, 87, 90, 92, 93, 96, 98, 100, 103, 119, 121, 170, 181
Betaalbaarheid 7, 10, 13, 52, 53, 57, 72, 76
Beweging 20, 33, 41, 45, 104, 107, 108, 195
Biotechnologie 210
BKZ 26, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 161, 163, 170, 171, 174, 178, 179, 187, 193, 201, 202, 212
BOS 110, 112, 212
Bouw 11, 12, 71, 84, 86, 89, 95, 123, 131, 155, 158, 159, 160, 161, 170, 174, 177, 178, 187, 193, 201, 212
Breedtesportimpuls 110, 112, 114
Budgettair Kader Zorg 150, 151, 171, 174, 178, 187, 193, 201, 212
Bureaucratie 8, 11, 12, 16, 75, 80, 85, 89, 90
Burger 9, 10, 12, 19, 21, 25, 29, 30, 31, 33, 38, 41, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 101, 104, 105, 107, 117, 119, 125, 126, 127, 135, 137, 162, 165, 167, 199, 215
Care 11, 22, 26, 61, 65, 69, 79, 89, 125, 152, 154, 155, 158, 179, 190, 200, 213
Centrum Gezond Leven 30, 33, 36, 38, 212
Chronische ziekten 9, 17, 25, 31, 32, 33, 42, 45, 46, 172, 195, 210
CIZ 76, 82, 83, 88, 186, 203, 212, 213
Consumenten 6, 29, 30, 35, 39, 40, 41, 57, 58, 80, 100, 183
Crisis 48, 49
Cure 22, 65, 69, 79, 89, 154, 200
DBC 10, 60, 63, 70, 71, 72, 74, 163, 164, 175, 177, 212, 214
Depressie 18, 29, 32, 45, 70
Diabetes 9, 18, 29, 43, 45, 57, 64, 70, 172
Dierproeven 40, 143
Donor 50, 60, 62, 63, 66, 135, 136, 137, 138
Doping 107, 113, 114, 206
Drugs 29, 33, 36, 37, 51, 124, 207, 209, 214
Ecotax 111, 112
Eerstelijnszorg 10, 48, 52, 61, 62, 64, 68, 125, 175, 211, 213
Efficiency 26, 52, 71, 72, 82, 89, 134, 140, 152, 155, 180, 181
Embryowet 29, 49, 128
Erfgoed 21, 115, 120, 121, 197
Ethiek 3, 20, 29, 49, 50, 127, 212
Euthanasie 20, 32, 49, 50, 135, 136, 137
Extramurale zorg 24, 56, 85, 155
Financieel Beeld Zorg 3, 7

Fraude 68
 Geestelijke gezondheidszorg 14, 56, 62, 78, 153, 156, 158, 162, 207, 213
 Gehandicapten 8, 11, 12, 13, 14, 59, 78, 80, 83, 84, 85, 99, 100, 104, 109, 111, 112, 158, 176, 189, 190, 203, 214
 Gehandicaptenzorg 16, 24, 78, 125, 153, 156, 158, 160, 161
 Geneesmiddelen 2, 26, 61, 63, 66, 72, 73, 74, 132, 133, 134, 135, 151, 152, 155, 158, 182, 206, 208, 210, 212, 213, 215
 Gezonde voeding 33, 34, 35, 36
 Gezondheidsraad 25, 34, 44, 46, 122, 123, 127, 128, 173, 213
 Gezondheidsschade 17, 25, 30, 31, 32, 33, 37, 38, 41
 GGZ 11, 14, 24, 52, 56, 57, 62, 66, 69, 70, 74, 78, 84, 87, 88, 89, 100, 158, 163, 164, 165, 168, 176, 180, 181, 183, 189, 190, 208, 213
 Grotestedenbeleid 47
 Heroïne 22, 28, 37, 38, 173
 Homo-emancipatie 20, 111
 Huisartsenzorg 43, 64, 73, 74, 153, 155, 179, 180, 211, 214
 Hygiëne 38
 ICT 15, 45, 52, 60, 64, 65, 66, 72, 87, 126, 138, 149, 213
 IGZ 3, 6, 13, 15, 30, 38, 47, 53, 57, 60, 62, 76, 85, 123, 125, 126, 141, 177, 205, 208, 213
 Indicatiestelling 12, 27, 75, 76, 81, 82, 83, 90, 99, 184, 203, 204, 208, 212, 213
 Infectieziekten 18, 30, 33, 42, 44, 46, 124, 128, 143
 Informatiebeveiliging 149
 Innovatie 8, 10, 15, 18, 21, 23, 27, 37, 52, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 72, 73, 75, 82, 83, 85, 111, 113, 114, 127, 159, 176, 183, 186, 208
 Intensivering Sport 110, 113
 Internationale samenwerking 3, 37, 111, 112, 123, 124, 125
 Intramurale instellingen 159
 Jeugdgezondheid 15, 30, 125, 173
 Jeugd 3, 17, 18, 20, 25, 56, 62, 66, 70, 78, 83, 102, 104, 107, 108, 109, 110, 115, 116, 119, 120, 121, 122, 123, 130, 153, 154, 172, 173, 181, 183, 198, 200, 205, 206, 207
 Kanker 18, 35, 43, 45, 128, 173, 177, 213
 Kapitaallasten 8, 11, 26, 71, 89, 150, 152, 155, 158, 159, 202
 Kennisoverdracht 120
 Klantgerichtheid 64, 159
 Kostenbeheersing 52, 73, 206, 210
 Kraamzorg 24, 56, 70, 71, 153, 154, 179, 181
 Kwaliteit 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 28, 37, 39, 45, 47, 48, 52, 53, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 99, 101, 102, 108, 117, 124, 125, 126, 132, 137, 145, 146, 155, 177, 180, 182, 185, 189, 205, 206, 207, 213
 Langdurige zorg 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 24, 75, 78, 83, 85, 87, 123, 153, 154, 183, 185, 186, 190
 Leefstijl 9, 20, 25, 31, 32, 33, 36, 104, 107, 109, 173
 Levensverwachting 5, 9, 17, 31
 Maatschappelijke kosten 25, 75, 77, 88
 Maatschappelijke Verantwoording 69, 79, 84, 136
 Medicatieveiligheid 14, 61, 85, 205
 Medisch specialisten 24, 26, 53, 56, 71, 152, 154, 155, 158, 180
 Medisch wetenschappelijk onderzoek 30, 33, 49, 128
 Milieu 2, 3, 30, 39, 48, 123, 128, 129, 139, 141, 198, 214, 215
 Motivering 33, 38, 41, 42, 46, 49, 57, 59, 67, 79, 81, 83, 87, 94, 96, 98, 101, 107, 109, 112, 117, 119
 Naschoolse opvang 19, 105, 109, 110, 196

NZa 53, 67, 68, 73, 76, 82, 85, 123, 154, 179, 180, 187, 188, 198, 203, 214
 Ongevallen 25, 30, 31, 32, 33, 41, 48, 51, 108, 114, 115, 203, 212, 213, 214
 Onverzekerden 52, 67, 207, 210
 Oorlog 6, 21, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 197, 203, 212, 215
 Oorlogsgetroffenen 6, 20, 25, 115, 116, 117, 118, 119, 197
 Orgaandonatie 62, 63, 66, 128, 215
 Ouderen 8, 12, 13, 14, 15, 19, 27, 59, 66, 75, 80, 86, 87, 125, 185, 203, 214
 Overgewicht 9, 17, 18, 29, 32, 33, 34, 36, 38, 51, 70, 107, 109, 173
 Palliatieve zorg 12, 14, 21, 61, 75, 85, 87, 89, 185
 Paralympische Spelen 112
 Patiënt 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 20, 21, 27, 28, 43, 44, 45, 49, 52, 53, 57,
 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 72, 75, 76, 79, 80, 81, 85, 86, 90, 100, 125, 127,
 155, 177, 179, 182, 183, 185, 203, 208, 210, 212, 214
 Perinatale Audit 58, 59, 206
 Persoonsgebonden budgetten 155
 Premie-uitgaven 6, 7, 22, 33, 56, 78, 93, 131, 150, 170, 176
 Prenatale Screening 66
 Preventie 8, 9, 10, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36,
 37, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 64, 65, 70, 85, 101, 102, 103, 106, 107,
 108, 109, 124, 139, 153, 172, 173, 174, 190, 193, 195, 200, 208, 213
 Produktveiligheid 38, 39
 PUR 20, 115, 117, 118, 203, 214
 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 25, 122, 123, 127, 214
 Raad voor Gezondheidsonderzoek 25, 122, 123, 128, 214
 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 25, 122, 123, 127, 214
 Rampen 30, 32, 46, 48, 49, 51, 180, 213
 Rechtspositie 19, 57, 58, 79, 80, 208, 210
 Reclame 37, 61, 74
 Respect 11, 14, 16, 19, 20, 104, 106, 107, 109, 110, 111, 123, 166, 168
 Rijksvaccinatieprogramma 18, 24, 27, 29, 33, 43, 44, 214
 Risicogedrag 37
 Risicoverevening 69, 74, 175, 198, 210
 Roken 9, 17, 18, 27, 29, 33, 35, 38, 51, 70, 150, 154, 173, 180, 181, 188, 214
 Rookvrij 17, 27, 29, 35, 173, 207, 211
 Salmonella 39, 40
 SCP 3, 5, 6, 95, 96, 97, 123, 126, 127, 214
 Seksualiteit 44
 Seksuele gezondheid 32, 44, 46
 Sneller Beter 64
 Soa 43, 214
 Sociaal Cultureel Planbureau 94, 105, 110, 123, 214
 Sport 1, 2, 3, 6, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 41, 61,
 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 124, 126, 132, 195,
 196, 200, 205, 206, 212, 213, 215
 Stelsel 2, 5, 6, 12, 13, 25, 36, 52, 53, 59, 67, 72, 74, 76, 80, 88, 89, 90, 116,
 117, 118, 122, 123, 127, 140, 168, 197
 Subsidiebeheer 148
 Taakstelling 25, 53, 71, 72, 82, 131, 140, 144, 145, 148, 149, 153, 155, 180,
 181, 190, 199, 201, 202
 Tabak 17, 30, 34, 35, 36, 211
 Tandarts 10, 11, 70
 TBU 90, 100, 214
 Topsport 105, 106, 107, 108, 112, 113, 114, 195, 212
 Transparant 13, 27, 47, 48, 52, 57, 59, 64, 65, 75, 79, 80, 81, 125, 177, 185
 Tuberculose 44, 214
 Tweede Wereldoorlog 21, 115, 120
 Vaccinatie 27, 29, 42, 43, 44, 128, 129, 143, 173

Veiligheid 14, 15, 19, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 47, 48, 52, 53, 59, 60, 61, 64, 66, 75, 76, 83, 85, 103, 104, 109, 125, 132, 134, 139, 173, 177, 185, 193, 200, 212, 214
 Vereenvoudiging 27, 72, 82, 115, 118, 175, 177
 Verpleeghuiszorg 158
 Verpleging 14, 24, 78, 79, 84, 153, 156, 160, 161, 189
 Verslavingszorg 37
 Verzorging 11, 13, 14, 24, 28, 78, 79, 83, 84, 85, 86, 102, 118, 153, 156, 160, 161, 184, 185, 188, 189, 190, 209, 213
 Verzorgingshuiszorg 158
 Voeding 18, 28, 29, 34, 35, 38, 40, 83, 84, 85, 107, 128, 132, 133, 139, 173, 176, 185, 210, 213, 214
 Voedselkwaliteit 30, 132, 213
 Voedsel 25, 30, 31, 32, 33, 35, 38, 39, 40, 132, 134, 173, 208, 214, 215
 Voorlichtingsbeleid 21, 120
 Vrijheid 8, 13, 72, 86, 88, 115, 116, 120, 155, 182
 Vrijwilliger 14, 19, 21, 85, 91, 92, 96, 97, 98, 103, 104, 110, 111, 204, 207, 210
 VTV 5, 215
 Wachtijd 60, 63
 Wet maatschappelijke ondersteuning 13, 18, 91, 95, 215
 WHO 30, 44, 46, 48, 124, 141, 215
 Wmo 18, 19, 24, 62, 91, 94, 95, 96, 99, 100, 103, 150, 153, 157, 158, 183, 187, 188, 189, 192, 202, 204, 206, 207, 208, 209, 215
 WO II 25, 115, 116, 117, 119, 120, 197
 Zelfbeschikking 12
 Zelfdoding 32, 49, 215
 Ziekenhuiszorg 52, 58, 61, 71, 72, 125, 158, 177
 Ziekenhuizen 10, 12, 14, 21, 24, 26, 41, 53, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 68, 69, 71, 72, 125, 134, 152, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 163, 177, 179, 180, 212, 214
 Zieken 80
 ZonMw 6, 29, 36, 37, 40, 44, 45, 46, 47, 49, 66, 95, 153, 172, 208, 215
 Zorgaanbieder 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 21, 25, 52, 57, 58, 59, 67, 68, 71, 75, 76, 77, 79, 80, 82, 83, 84, 88, 89, 123, 125, 135, 136, 155, 180, 181, 185, 186, 189
 Zorgaanbod 8, 10, 25, 27, 52, 57, 58, 59, 62, 80, 81, 158, 177, 190
 Zorgautoriteit 53, 76, 123, 205, 214
 Zorgbalans 5, 6, 31, 53, 76, 81, 84
 Zorgconsument 53, 58, 59, 125, 150
 Zorginstelling 8, 10, 14, 30, 53, 69, 79, 82, 86, 97, 123, 125, 135, 136, 137, 158, 159, 160, 185, 212, 215
 Zorgkantoor 82
 Zorgpakket 75, 85
 Zorgplan 75, 84, 86, 88
 Zorgstelsel 5, 8, 19, 25, 27, 52, 53, 54, 55, 57, 59, 76, 77, 78, 79, 123, 175, 198
 Zorgtoeslag 4, 5, 53, 68, 69, 74, 148, 154, 167, 175, 176, 177, 207, 210
 Zorgverzekeraar 6, 7, 10, 15, 18, 29, 30, 33, 45, 52, 53, 57, 59, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 77, 80, 162, 215
 Zorgverzekeringswet 5, 7, 11, 13, 53, 67, 69, 74, 123, 162, 164, 167, 176, 210, 215
 Zorgvoorziening 32, 46, 48