

Vergaderjaar 2008–2009

XVI **Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009**

Nr. 2

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave	Blz.
A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGSVOORSTEL	2
Leeswijzer	4
B. DE BEGROTINGSTOELICHTING	11
Beleidsagenda 2009	11
Artikel 41 Volksgezondheid	34
Artikel 42 Gezondheidszorg	56
Artikel 43 Langdurige zorg	81
Artikel 44 Maatschappelijke ondersteuning	103
Artikel 46 Sport	122
Artikel 47 Oorlogsgetroffenen en herinnering Wereldoorlog II	135
Niet-beleidsartikel 98 Algemeen	143
Niet-beleidsartikel 99 Nominaal en onvoorzien	152
Baten-lasten diensten	153
Bedrijfsvoeringsparagraaf	174
Financieel beeld zorg	176
Verdiepingshoofdstuk	193
Zbo's en RWT's	213
Moties	214
Toezeggingen	220
Afkortingenlijst	226
Trefwoordenregister	231

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 2009 vast te stellen.

Alle voor dit jaar vastgestelde begrotingswetten tezamen vormen de Rijksbegroting voor het jaar 2009. Een toelichting bij de Rijksbegroting als geheel is opgenomen in de Miljoenennota 2009.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de uitgaven, verplichtingen en de ontvangsten voor het jaar 2009 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 volgende 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 Volksgezondheid en Milieu.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de baten en lasten en de kapitaaluitgaven en -ontvangsten van de baten-lastendiensten het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, het Nederlands Vaccin Instituut en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu voor het jaar 2009 vastgesteld. De in die begrotingen opgenomen begrotingsartikelen worden toegelicht in onderdeel B (Begrotingstoelichting) van deze Memorie van Toelichting en wel in de paragraaf inzake de diensten die een baten-lastenstelsel voeren.

Wetsartikel 4

Na een overleg met de Tweede Kamer aan de hand van de brief van de Minister van Financiën van 20 december 2007 (kamerstukken, 2007–2008, 31 031, nr. 19) is besloten tot een experiment ter verbetering van de (politieke) verantwoording aan de hand van de begrotingen en de jaarverslagen van de ministeries van Buitenlandse Zaken, Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (inclusief de programmabegroting van Wonen, Wijken en Integratie), Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het experiment betreft de begrotingsjaren 2007 tot en met 2009. Ten behoeve van het experiment is het noodzakelijk voor die jaren af te wijken van een aantal bepalingen van de Comptabiliteitswet 2001 met betrekking tot de inrichting van de departementale begroting en het departementale jaarverslag. Het onderhavige wetsartikel regelt die afwijking voor de begroting 2009, inclusief voor de suppletore begrotingen 2009, van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het betreft de artikelen 5 en 14 van de Comptabiliteitswet 2001.

Het experiment heeft wat de begrotingen betreft inhoudelijk betrekking op de toelichting bij de begroting. De begrotingspresentatie zal worden toegespitst op de (politiek) belangrijkste beleidsprioriteiten van het Kabinet. Die prioriteiten zullen in de Beleidsagenda worden opgenomen, waarbij zal worden aangesloten bij het Beleidsprogramma van het kabinet (kamerstukken, 2006–2007, 31 070, nr. 1). De Beleidsagenda kan worden aangevuld met enkele andere doelstellingen die door de betrokken minister beleidsmatig van groot belang worden geacht.

Indien bepaalde beleidsprioriteiten in de Beleidsagenda in termen van prestaties en effecten worden toegelicht, is het daarom niet noodzakelijk ook bij de betrokken beleidsartikelen zelf een toelichting te verstrekken. Een korte verwijzing naar de Beleidsagenda is dan voldoende. Derhalve zal er dus door de experimentdepartementen niet bij alle beleidsartikelen op grond van artikel 5 van de Comptabiliteitswet 2001 begrotingsinformatie – in termen van prestaties en effecten – over het beleid worden opgenomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

A. Klink

Leeswijzer

Voor u ligt de *Begroting 2009* van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze begroting bestaat uit de volgende onderdelen:

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

De beleidsagenda geeft kort de beleidsprioriteiten voor 2009 weer. We werken deze prioriteiten verder uit in de zogenoemde beleidsartikelen. De beleidsartikelen bestaan uit:

1. een algemene beleidsdoelstelling;
2. een tabel budgettaire gevolgen van beleid;
3. de operationele doelstellingen;
4. 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 ten slotte is een technisch-administratief artikel.

De indeling van de begroting 2009 komt grotendeels overeen met die van 2008. Er zijn twee wijzigingen doorgevoerd. De tweede operationele doelstelling van artikel 42 is geherformuleerd en op artikel 98 is de verzameluitkering VWS verantwoord.

Experiment Verbetering en vereenvoudiging begroting en verantwoording

Wij doen samen met LNV, BuiZa, VROM en WWI mee aan het experiment Verbetering en vereenvoudiging begroting en verantwoording. Het experiment is gepresenteerd door de Minister van Financiën in zijn brief van 20 december 2007. Tijdens een Algemeen Overleg op 6 februari 2008 ging u akkoord met zijn voorstellen.

Het gevolg van deelname aan het experiment is dat met name de beleidsagenda van deze begroting anders is opgebouwd dan voorheen. Tevens is in de beleidsartikelen meer aandacht besteed aan het opnemen van trendgegevens voor de prestatie-indicatoren.

In de beleidsagenda hebben de doelstellingen van het kabinet in *Samen werken samen leven* een prominente plaats gekregen. De toelichting er op omvat de inzet van de overheid, in principe toetsbare doelen, de beoogde effecten en een onderbouwing van de belangrijkste in te zetten instrumenten. Hiermee wordt beoogd meer politieke focus aan te brengen. Aan het einde van de beleidsagenda is tevens een overzichtstabel

opgenomen waarin per kabinetsdoelstelling is opgenomen bij welk begrotingsartikel en operationele doelstelling de kabinetsdoelstelling is terug te vinden en wat de geraamde uitgaven zijn tot en met 2011.

Verantwoordelijkheid, medebetrokkenheid en apparaatsuitgaven Jeugd en Gezin

Verantwoordelijkheid minister voor Jeugd en Gezin:

In in artikel 42 Gezondheidszorg en artikel 43 Langdurige zorg zijn de uitgaven opgenomen voor de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz) en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten voor jeugdigen (jeugd-lvg). De minister voor Jeugd en Gezin is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze AWBZ gefinancierde zorg.

Medebetrokkenheid minister voor Jeugd en Gezin:

In het constituerend beraad van 22 februari 2007 is vastgesteld dat de minister voor Jeugd en Gezin medebetrokken is bij een aantal beleids-terreinen waarvoor andere bewindspersonen primair verantwoordelijk zijn. Een en ander is vervolgens nader toegelicht (Kamerstukken 2006–2007, 31 001, nr. 3).

Medebetrokkenheid betekent dat de minister voor Jeugd en Gezin door de primair verantwoordelijke bewindspersonen op deze terreinen actief geïnformeerd wordt over, en vanuit het kabinet als eerste betrokken wordt bij beleidsonderwerpen en dossiers die raken aan de verantwoordelijkheid van de minister van Jeugd en Gezin voor een integraal jeugd- en gezinsbeleid.

Ook betekent het dat de minister voor Jeugd en Gezin pro-actief alle zaken aankaart bij zijn collega-bewindspersonen, en bij bovengenoemde onderwerpen in het bijzonder, die hij in het belang van de jeugd en het gezin acht.

De minister voor Jeugd en Gezin is voor dit begrotingshoofdstuk medebetrokken bij het beleid ten aanzien van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de AWBZ.

Apparaatsuitgaven Jeugd en Gezin:

Met ingang van het begrotingsjaar 2008 wordt een aparte programmabegroting voor Jeugd en Gezin opgesteld. Een programmabegroting bevat geen apparaatskosten. Deze worden verantwoord op de begrotingen van de voormalige «moederdepartementen». De apparaatskosten van de directie Jeugdzorg en die van de programmadirectie Jeugd en Gezin worden daarom verantwoord 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.

Verzameluitkering VWS

Nieuw in artikel 98 Algemeen is de Verzameluitkering VWS. De verzameluitkering kent zijn wettelijke grondslag in de Financiële-verhoudingswet. De verzameluitkering is een uitkering aan de medeoverheden. In de verzameluitkering zijn de specifieke uitkeringen gebundeld die jaarlijks gemiddeld minder dan € 10 miljoen beslaan. Aanleiding voor de invoering van de verzameluitkering is de behoefte aan een wijze van middelenverstrekking aan de medeoverheden die ruimte biedt voor lokaal maatwerk en de administratieve lasten bij Rijk en medeoverheden beperkt.

In de verzameluitkering VWS zijn voor 2009 nog geen specifieke uitkeringen opgenomen. In principe komen er twee regelingen voor in aanmerking, namelijk de breedtesport impuls en de regeling voor topsport-evenementen en -accomodaties. De breedtesport impuls wordt in 2008 afgewikkeld, de regeling voor topsportevenementen en -accomodaties betreft een algemene subsidieregeling. Incidenteel vindt er een uitkering aan een medeoverheid plaats in het kader van deze regeling. Deze subsidieverlening zal dan bij suppletore begroting in de verzameluitkering worden verantwoord.

Vermindering administratieve lasten/regeldruk

Op dit moment is VWS bezig met het ontwikkelen van een actieprogramma, dat beoogt de administratieve lasten en regeldruk voor bedrijven, burgers, instellingen en professionals substantieel te verminderen. Zodra het actieprogramma in september 2008 gereed is, zal de Tweede Kamer hier separaat over worden geïnformeerd.

Het actieprogramma zal concrete maatregelen bevatten, die enerzijds een bijdrage zullen leveren aan de kabinetsdoelstelling de administratieve lasten met 25 procent te verlagen, terwijl anderzijds de beleefde lasten, zoals deze uit diverse onderzoeken naar voren zijn gekomen, worden aangepakt.

Daarnaast zal VWS zorgdragen dat de toekomstige verbeteringen van kwaliteit en veiligheid in de zorg en voedselveiligheid gepaard zal gaan met zo min mogelijk administratieve lasten en gezien hoe eventuele additionele administratieve lasten worden gecompenseerd.

Budgetflexibiliteit

In de begroting 2009 geven wij net als vorig jaar 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 bestuurlijk gebonden» voor zover de budgetflexibiliteit groter dan € 500 000,- is. Daarmee wordt invulling gegeven aan de motie Bakker (kamerstuk 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 en afspraken met andere bewindslieden, als bestuurlijk gebonden opgenomen.

De budgetflexibiliteit in het niet-beleidsartikel 98 hebben wij op dezelfde manier vormgegeven als in de begroting 2008. Dat betekent dat in artikel

98 de budgetflexibiliteit voor de doelstellingen «Beheer en toezicht stelsel» en «Internationale samenwerking bevorderen» is toegelicht. Van de overige posten op dit artikel is de budgetflexibiliteit niet toegelicht. Gezien het karakter van de 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.

Tabel geraamde uitgaven per operationele doelstelling

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

De tabellen zijn ingedeeld naar de volgende categorieën/instrumenten: inkomensregelingen, rijksbijdragen, specifieke uitkeringen, instellings-subsidies/structurele subsidies, projectsubsidies, opdrachten, bijdragen aan ZBO's en 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 tevens invulling aan de motie Schippers (kamerstuk 29 800, nr. 55).

Prestatie-indicatoren in de begroting

In de begroting 2009 is een groot aantal indicatoren opgenomen. Deze zijn deels vernieuwd ten opzichte van de begroting 2008. Voor de artikelen 41 Volksgezondheid, 42 Gezondheidszorg en 43 Langdurige zorg hebben wij het RIVM gevraagd na te gaan of er indicatoren uit de Zorgbalans konden worden overgenomen, en tevens om de bestaande indicatoren van deze artikelen te analyseren en aan te geven of er trendreeksen voor handen waren.

De motie-Douma (kamerstuk 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 dat bij alle doelstellingen te doen. Dat geldt ook voor de bijbehorende prestatie-indicatoren. In dat geval zijn waar mogelijk outputindicatoren opgenomen.

De indicatoren bij de 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 ook met enige terughoudendheid beoordeeld worden: zij geven een *indicatie* van de uitkomsten van het beleid weer.

Tijdens het Wetgevingsoverleg over het jaarverslag 2007 hebben wij toegezegd waar mogelijk de realisatie van de indicatoren over 2007 op te

nemen, alsmede de tussenstreefwaarde voor 2009. Wij hebben dit bij zoveel mogelijk indicatoren gedaan, en waar mogelijk ook een historische trend opgenomen. Soms is het echter niet mogelijk om een (historische) trend of (toekomstige) tussenstreefwaarden op te nemen. Bijvoorbeeld omdat het jaarlijks verzamelen van de gegevens niet opweegt 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 (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 leggen wij per artikel kort uit 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.

Bij de tweede en bij de zesde operationele doelstelling hebben we geen prestatie-indicator opgenomen. De resultaten op de bijbehorende beleidsterreinen kunnen namelijk niet zinvol in één of enkele indicatoren samengevat worden of zijn niet goed beïnvloedbaar. Bij de overige vier 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. Wij monitoren de prestaties van het stelsel daarom met de Zorgbalans (zie hiervoor ook www.gezondheidszorgbalans.nl).

Voor inzicht in de werking van het gezondheidszorgstelsel in den brede wordt tevens verwezen naar de geplande evaluatie van de Zorgverzekeringwet (Zvw), de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en de Wet op de Zorgtoeslag.

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 de Zorgbalans en de geplande evaluatie-onderzoeken.

Artikel 44 Maatschappelijke Ondersteuning:

Dit jaar is voor het eerst een prestatie-indicator bij de algemene doelstelling opgenomen. Deze indicator, de participatie-index is ontwikkeld door het Nivel. Omdat nog geen ervaring met deze indicator bestaat en ook de

Wmo nog een nieuwe wet is, is in de eerste jaren nog geen streefwaarde geformuleerd. Ná de eerste evaluatie van de Wmo zal het formuleren van een streefwaarde worden gezien.

Ook voor Maatschappelijke ondersteuning hebben we overigens in de komende jaren een aantal beleidsevaluaties gepland die voor aanvullend inzicht in de resultaten van beleid zullen zorgen.

Artikel 46 Sport:

Bij de derde operationele doelstelling van dit artikel is dit jaar voor het eerst een indicator opgenomen voor de positie van Nederland in de topsport landenklassering. Deze indicator is een uitwerking van de al in de vorige begrotingen geformuleerde doelstelling.

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, bijvoorbeeld de 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 IGZ en 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 Langdurige zorg (bijvoorbeeld het beleid ter versterking van de positie van de cliënt).

De artikeloverstijgende *apparaats*uitgaven van onder meer het kerndepartement, 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 begrotingsuitgaven 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/cliënten, 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 de verwachte groei in 2009 en volgende jaren hebben wij in de zorgartikelen de zogeheten groeiruimte opgenomen, waarmee onder andere de verwachte demografische groei kan worden opgevangen.

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.

Rijksauditdienst

In het kader van de uitvoering van het Programma Vernieuwing Rijksdienst zal op 1 oktober 2008 de Rijksauditdienst van start gaan. Deze dienst is onderdeel van het ministerie van Financiën en vervult de interne auditfunctie voor de ministeries van BZK, Financiën, VROM (incl. WWI) en VWS (incl. J&G). De taken die tot op heden met betrekking tot voorliggend begrotingshoofdstuk werden verricht door de departementale auditdienst van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zullen per 1 oktober 2008, in overeenstemming met de minister van Financiën en na overleg met de Algemene Rekenkamer, worden opgedragen aan de Rijksauditdienst.

B. DE BEGROTINGSTOELICHTING

Beleidsagenda 2009 VWS

Inleiding

«Als je maar gezond bent!» Die veelgehoorde opmerking onderstreept hoeveel belang we hechten aan ons lichamelijk en geestelijk welbevinden. Gezondheid is waardevol en geen vanzelfsprekendheid. Gezondheid draagt in belangrijke mate bij aan het welzijn van mensen en is daarmee van groot belang voor de hele samenleving. Vandaar dat de overheid, op basis van de Grondwet, een nadrukkelijke rol heeft bij het bevorderen van de volksgezondheid. Het kabinet wil gezond leven stimuleren, uitgaande van de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor keuzen en leefstijl. Het wil zorg dragen voor goede, veilige, toegankelijke en betaalbare zorg. Mensen moeten zo lang mogelijk zelf grip kunnen houden op hun eigen leven.

Mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, hebben recht op respectvolle verzorging en bejegening. De zorg voor kwetsbare mensen, zoals gehandicapten en ouderen, is een graadmeter voor de kwaliteit van de samenleving.

Onze ambitie is een gezond Nederland met een goede en solidaire zorg. Solidariteit tussen jong en oud, gezond en ziek.

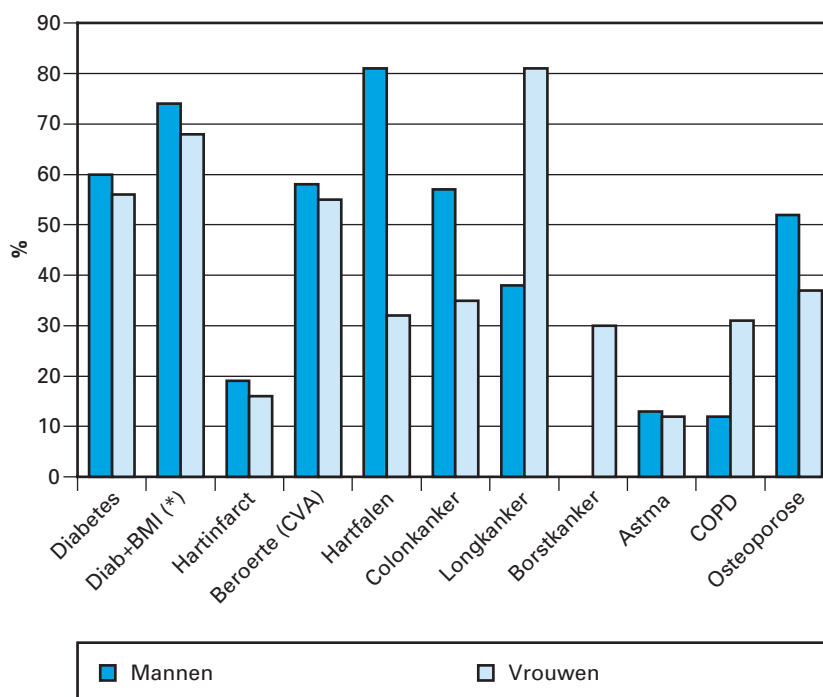
Na de invoering van het nieuwe zorgstelsel is het nu zaak meer ruimte te creëren voor meer keuzemogelijkheden voor patiënten en te werken aan het vergroten van kwaliteit en doelmatigheid binnen de hele zorgsector. De toekomstige zorgvraag stelt ons voor serieuze uitdagingen. De vraag verandert en neemt onverminderd toe. Het aantal chronisch zieken zal de komende jaren stijgen. Dit heeft gevolgen voor het individu, de zorg en de maatschappij.

De maatschappelijke en economische kosten van roken, overgewicht en bovenmatig alcoholgebruik en de effecten ervan op chronische ziekten zijn enorm.

Ziekte is minder en minder een incidentele kwaal of klacht die via een korte behandeling is te verhelpen.

We willen de toename van het aantal chronisch zieken afremmen en bevorderen dat mensen zo lang mogelijk gezond blijven en blijven meedoen in de maatschappij.

Toename chronische aandoeningen van 2005-2025



Bron: Blokstra A, Verschuren W.M.M., Vergrijzing en toekomstige ziektelast. RIVM, 2007

VWS geeft prioriteit aan kwaliteit, transparantie, innovatie en preventie. Het zorgstelsel moet daarvoor de structurele voorwaarden bieden. Dat vergt de nodige inspanningen.

Door zorgaanbieders meer ruimte te geven om verschil te maken in kwaliteit (gemeten naar uitkomsten) en prijs wordt de zorg verbeterd. Dan blijven de premielasten en zorgkosten beheersbaar en komen er meer mogelijkheden voor zorgverzekeraars om werk te maken van de zorginkoop. Dan kunnen mensen gericht kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Normen voor veiligheid en bereikbaarheid van acute zorg staan – naast patiëntenrechten – borg voor een basiskwaliteit.

De kwaliteit van zorgverlening dient voortdurend te worden verbeterd. Zorgverleners en zorgverzekeraars worden gestimuleerd de ruimte te gebruiken die het stelsel geeft om te innoveren. We verwachten concrete vernieuwingen van het in 2008 opgerichte Zorginnovatieplatform.

Uitgangspunt is steeds dat de patiënt centraal staat. Een nauw sluitende keten van vroegtijdige onderkenning van een aandoening, zelfmanagement en passende zorg is van belang. Preventie krijgt een belangrijkere plaats en wordt beter met de curatieve zorg verbonden. Het is onze bedoeling enkele preventieve interventies op te nemen in de basisverzekering.

De zorgsector is succesvol. Het is een sector waar meer dan één miljoen goed opgeleide krachten dag in dag uit hun beste beentje voorzetten. Ons staat een sector voor ogen waar mensen graag en met plezier werken. Waar de professional trots is op zijn of haar werk en een goede relatie

Beleidsagenda

heeft met de cliënt. Waar ruimte is voor kleinschaligheid als cliënten daar de voorkeur aan geven. Een dynamische sector die niet wordt geplaagd door onnodige bureaucratie en door overbodige regelgeving.

Onder meer door de inzet van ICT en technologische ontwikkelingen zijn zorgaanbieders in staat meer aandoeningen te behandelen en meer patiënten te genezen. Innovaties maken het mogelijk dat er slimmer en efficiënter kan worden gewerkt.

Het gaat om kwaliteitsverbeteringen die tot betere zorgverlening, minder medische fouten en uiteindelijk ook tot een hogere arbeidsproductiviteit leiden. Dat laatste is niet alleen van belang om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden, maar ook omdat de komende jaren steeds meer mensen nodig zijn in de zorg, terwijl de arbeidsmarkt onder druk staat. En om de werkdruk beheersbaar te houden en overbelasting te voorkomen. Hiermee moet de zorg een aantrekkelijke sector blijven om in te werken.

Tegelijkertijd is het noodzakelijk dat mensen actief deelnemen aan de maatschappij en dat zij meer mogelijkheden krijgen om naar eigen wens de benodigde zorg te organiseren. Zij moeten duidelijke rechten hebben en een derde partij kunnen vormen tegenover zorgaanbieders en verzekeraars. Hiervoor schept VWS de randvoorwaarden.

In deze beleidsagenda presenteert VWS eerst de drie hoofdlijnen: curatieve zorg, langdurige zorg en preventie. Vervolgens komen diverse onderwerpen aan de orde waaraan VWS prioriteit toekent.

De inhoud is voor een deel gebaseerd op gegevens van de Zorgbalans (2008), die de prestaties de Nederlandse gezondheidszorg meet. Kennis die de kwaliteit van en de sturing op de zorg ten goede komt.

Curatieve Zorg

We staan de komende jaren voor belangrijke uitdagingen. Vergrijzing, medische innovaties en de mondiger wordende patiënt doen de vraag naar zorg voortdurend toenemen. De zorgsector moet zo worden ingericht dat deze ontwikkelingen de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid niet in gevaar brengen. Wij zijn van mening dat mensen die in de sector werken het beste weten hoe dat vorm moet krijgen.

Om de solidariteit in de Zorgverzekeringswet blijvend te kunnen opbrengen, is het essentieel dat iedereen zich inschrijft bij een verzekeraar én premie betaalt. Daarom nemen we maatregelen om het aantal onverzekerden en wanbetalers te verminderen.

Aanvankelijk richtte de introductie van de Zorgverzekeringswet zich vooral op verzekeraars. Dit kabinet geeft nu ook ziekenhuizen de *ruimte om verschil te maken*, om zich te specialiseren. Ziekenhuizen en verzekeraars krijgen meer vrijheid en verantwoordelijkheid om naar eigen inzicht afspraken te maken over de prijs, het volume en de kwaliteit van een deel van de zorg, het zogenoemde B-segment. Marktwerking stimuleert partijen in te zetten op vernieuwende technieken. Innovatie moet leiden tot kwaliteitsverbetering, maar ook tot efficiëntere werkmethoden. Wacht- en behandeltijden kunnen op die manier korter worden.

Prestatiebekostiging

Een belangrijke rol is weggelegd voor de ontwikkeling van duidelijk omschreven zorgproducten, de zogeheten Diagnose Behandel Combinaties of DBC's, waar tegenover transparante en integrale tarieven staan. Of: «beloning naar prestatie».

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars bereiden zich komend jaar verder voor op de invoering van het verbeterde DBC-systeem. Om alvast praktische ervaring op te doen gaat een aantal ziekenhuizen «schaduwdraaien». In 2010 wordt het verbeterde DBC-systeem ingevoerd.

Voor een derde deel van de ziekenhuiszorg gaan vrije prijzen gelden

Dat wil zeggen dat in 2009 het B-segment wordt uitgebreid tot maximaal 34 procent van de totale zorgproductie in de ziekenhuissector.

De afgelopen jaren is belangrijke voortgang gemaakt met de invoering van beloning naar prestatie in de ziekenhuizen. Het aantal vrijgegeven behandelingen bedroeg in 2007 amper 10 procent, in 2008 ongeveer 20 procent. In samenhang hiermee wordt stapsgewijs ook de risicodragendheid van de zorgverzekeraars vergroot, door verdere afbouw van de ex-post compensatiemechanismen in het risicovereveningssysteem.

Met het oog op betaalbare premies volgen we ontwikkelingen rond prijs en volume nauwlettend. Vrije prijzen moeten niet leiden tot onnodige behandelingen en indicaties. Verschillende onderzoeken wijzen op positieve effecten, zoals een grotere aandacht voor het verbeteren en inzichtelijk maken van kwaliteit. De introductie van prestatiebekostiging heeft geleid tot nieuwe toetreders op de markt van zorgaanbieders. Dat brengt meer concurrentie én meer keuzemogelijkheden voor de consument. Ook kunnen zorgverzekeraars zich bij de zorginkoop meer gaan profileren.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) adviseert in 2009 of vrije prijsvorming verder kan worden uitgebreid. Tevens zal in 2009 worden besloten of het nodig is een instrument in te zetten om de prijzen te beheersen. Deze beslissing zal mede worden gebaseerd op de informatie van de NZa over ontwikkelingen in het B-segment. Parallel daaraan wordt in 2009 een systeem uitgewerkt voor de bekostiging van zorg die (nog) niet direct voor vrije prijsvorming in aanmerking komt. Hetzelfde geldt voor de beschikbaarheid van acute zorg, intensive care en dure geneesmiddelen.

Pakketmaatregelen

We hebben besloten de behandeling van ernstige dyslexie (woordblindheid) op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Vanaf 1 januari 2009 kunnen kinderen van zeven en acht jaar één keer aanspraak maken op een vergoeding voor onderzoek en behandeling. Stapsgewijs wordt in de komende jaren het recht op dyslexiezorg uitgebreid naar alle kinderen op de basisschool, zodat zij – na indicatie – eenmaal tijdens het basisonderwijs in aanmerking komen voor behandeling.

We beperken per 2009 de vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen (geschatte opbrengst: 70 miljoen euro). Dergelijke middelen worden vaak te lang en te gemakkelijk gebruikt. Bovenmatig gebruik is bovendien schadelijk voor de gezondheid. De vergoeding van cholesterolverlagers wordt gebaseerd op de richtlijn van de beroepsgroepen, waar gelijkwaardige maar goedkopere middelen de voorkeur hebben (opbrengst 2009: 32 miljoen euro).

Verder schrappen we de vergoeding van sta-op-stoelen en van allergenevrije en stofdichte bedhoezen op advies van het College voor Zorgverzekeringen. De kosten van een sta-op-stoel ten opzichte van een gewone stoel en de kosten van de bedhoezen zijn niet dermate hoog dat deze hulpmiddelen hierdoor financieel ontoegankelijk worden. Deze twee maatregelen samen leiden tot een besparing van zo'n 22 miljoen euro. Tot slot wordt de kwaliteit van de methadonbehandeling verbeterd. Hiervoor is vanaf 2009 15 miljoen euro beschikbaar.

Eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is de ruggengraat van onze gezondheidszorg. Vergrijzing en toename van chronisch zieken brengen een grotere en andere vraag naar zorg met zich mee. Dit vereist een betere afstemming en organisatie van de zorg rondom de patiënt. Mensen moeten zo veel en zo lang mogelijk dicht bij huis opgevangen worden. Samenhang tussen het werk van huisartsen en andere zorgverleners (waaronder ook de wijkverpleegkunde) in de eerste lijn enerzijds en de zorg in ziekenhuizen anderzijds is daarbij essentieel. Zoals in de beleidsbrief Een dynamische eerste lijn van begin 2008 is aangekondigd moet de eerste lijn meer ruimte krijgen om zich te versterken. Innovaties en ontwikkelingen moeten er toe leiden dat de zorgaanbieders zorg via samenwerkingsverbanden in de eigen omgeving van de patiënt bieden, ook specialistische zorg.

VWS gaat mogelijk maken dat de bekostiging en de risicoverevening beter op die samenhangende en nabije zorg afgestemd wordt. Een meer functionele bekostiging van de eerstelijnszorg ondersteunt de ontwikkeling waarbij de zorg als het ware naar de mensen toekomt. En in de nabijheid van de patiënt wordt georganiseerd. De functionele bekostiging moet ondernemerschap stimuleren, zowel bij de zorgaanbieder als bij de verzekeraar, en tegelijkertijd het inzicht in de kwaliteit van de zorg voor de cliënt vergroten. Dat stimuleert betere zorg en is het meest efficiënt.

Transparantie, kwaliteit en veiligheid zijn aspecten die ook juist in de eerste lijn een krachtige impuls vragen. Voor de huisartsen, farmacie, fysiotherapie, kraamzorg, mondzorg en acute zorg zijn kwaliteitsindicatoren in ontwikkeling.

De kwaliteit van de acute zorg wordt verder verbeterd door *professionalisering van de beoordeling van de zorgvraag* tijdens het eerste contact (triage) en de ontwikkeling van eenduidige normen voor de (telefonische) bereikbaarheid van huisartsenzorg. Ook worden er heldere criteria ontwikkeld voor de minimale kwaliteit waaraan zorg in een spoedeisende hulp van een ziekenhuis moeten voldoen. VWS stimuleert de integratie van huisartsenposten in de afdelingen spoedeisende hulp.

Er is geld voor extra ambulances, in 2009 is hiervoor 12 miljoen euro beschikbaar. In de daaropvolgende jaren is dat 18 miljoen euro. Het aantal standplaatsen wordt ook uitgebreid. Dat is nodig om te zorgen dat 95 procent van de bevolking na een melding binnen 15 minuten kan worden bereikt.

Vanaf 2009 wordt het landelijk dekkend netwerk van mobiele medische teams verder uitgebreid met traumahelikopters die zeven dagen per week 24-uur beschikbaar zijn. Met ingang van 2009 is hiervoor structureel 5,4 miljoen euro per jaar beschikbaar.

Toekomst GGZ

In de GGZ worden multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld en patiëntveiligheid wordt bevorderd. Denk daarbij aan een betere suïcidepreventie of het terugdringen van het aantal separaties en andere vormen van gedwongen zorg.

Het kabinet investeert in een nieuwe wettelijke regeling die de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (bopz) moet opvolgen. Deze wet komt naast de nieuwe Wet forensische zorg, die gaat over alle zorg in een strafrechtelijk kader.

Langetermijnvisie farmaceutische zorg

VWS werkt verder aan de invoering van de Langetermijnvisie Farmaceutische Zorg die in juli 2008 aan de Tweede Kamer is gezonden. Ook bij de zorg die apothekers verlenen moet kwaliteit worden beloond. In 2009 worden de regels voor de bekostiging van apotheekhoudenden aangepast. Het verplichte tariefsysteem met een algemene vergoeding aangevuld met inkoopkortingen per uitgeschreven recept verdwijnt gaandeweg. Bovendien worden de regels ten aanzien van de verzekeringsvergoedingen (de GVS-limieten) aangepast.

Het is van belang dat artsen steeds vaker *doelmatig voorschrijven op basis van de beroepsrichtlijnen*. Niet altijd is het dure medicijn ook het beste medicijn. Waar dat niet het geval is, moeten geen onnodige kosten worden gemaakt. De zorg moet immers ook in de toekomst betaalbaar zijn. Daarom wil VWS via een regieorgaan Kwaliteit en Veiligheid betere richtlijnontwikkeling stimuleren.

Langdurige Zorg

Zeker van zorg, nu en straks

De zorg voor kwetsbare mensen is een graadmeter voor de kwaliteit van de samenleving. Persoonlijke bejegening en respect voor het individu zijn de uitgangspunten. Dat geldt zeker in de langdurige zorg waar mensen gezien hun kwetsbaarheid vaak afhankelijk zijn van anderen.

Het bieden van duidelijkheid en zekerheid over de beschikbaarheid en kwaliteit van deze zorg, nu en in de toekomst, zijn belangrijke doelstellingen.

We hebben oog voor de positieve kracht van ouderen. Veel ouderen zijn actief in de maatschappij, bijvoorbeeld als vrijwilliger of mantelzorger.

Mede in reactie op een advies van de Sociaal Economische Raad (SER) hebben we onze visie op de toekomst van de AWBZ uitgebracht: Zeker van zorg, nu en straks. Hoewel de wet zich oorspronkelijk kenmerkte door een zekere eenvoud, is een kluwen van aanvullende regels ontstaan. De AWBZ is de afgelopen jaren onbedoeld gegroeid en biedt nu te ruime aanspraken.

Wij willen dat de AWBZ teruggaat naar zijn oorspronkelijke bedoeling: solidariteit in de bekostiging van langdurige en onverzekerbare zorg. Goede zorg moet nu en in de toekomst gegarandeerd zijn voor kwetsbare mensen die langdurige zorg nodig hebben. Het gaat om zwaar hulpbehoevende ouderen en mensen met een ernstige geestelijke dan wel lichamelijke beperking.

Een belangrijk criterium daarbij is de kwaliteit van het bestaan en in hoeverre mensen in staat zijn zelfstandig inhoud en vorm te geven aan het leven.

De komende periode verbeteren we het functioneren van de AWBZ geleidelijk langs vier lijnen.

1. *Versterken van de positie van de cliënt: zorgzwaartebekostiging*
Instellingen krijgen voortaan geld voor de geleverde prestatie per cliënt en niet voor de beschikbare capaciteit. Het bedrag wordt bepaald aan de hand van de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft. De essentie van deze zogenoemde zorgzwaartebekostiging is dat het geld de cliënt volgt naar de instelling van zijn keuze. *Zorgzwaartebekostiging is de eerste stap naar een persoonsvolgend systeem* en wordt vanaf 1 januari 2009 stapsgewijs ingevoerd voor mensen die wonen en zorg krijgen in een instelling.

2. *Keuzevrijheid en diversiteit*
Het is belangrijk dat mensen in de langdurige zorg *echt kunnen kiezen hoe ze willen wonen*. Wij zijn van mening dat door het financieel scheiden van wonen en zorg de diversiteit in wonen kan toenemen. Het voorkomt ook dat de hogere eisen die de burger in de toekomst aan het comfort van wonen zal stellen ten laste komen van de AWBZ.

Op basis van de regeling Volledig Pakket Thuis kan de zorg die anders in een instelling wordt geleverd ook thuis worden geboden. Zo kunnen mensen ervoor kiezen de kosten van wonen naar eigen voorkeur zelf te betalen. Bijvoorbeeld een kleinschalige woonvorm. Voorwaarde is wel dat de zorg op een goede en doelmatige manier kan worden geleverd. Voor mensen met behoefte aan Verblijf (24-uurs toezicht, beschermde woonomgeving) wordt de regeling Volledig Pakket Thuis per 2009 uitgebreid.

Om instellingen meer vrijheid te geven om te bouwen, wordt per 2009 het bouwregime voor de langdurige zorg afgeschaft. De administratieve lasten worden hiermee verminderd. Instellingen berekenen de kosten van bouwen door in de tarieven in 2011.

3. *Bestendigen solidariteit en betaalbaarheid*
We zijn solidair met de medeburgers die om welke reden dan ook langdurig zorg nodig hebben. Die solidariteit is op te brengen zo lang het gaat om *geloofwaardige en onbetwistbare vormen van zorg*. Op dit moment is niet goed geformuleerd wie wanneer waar precies recht op heeft. Ook is in de loop der jaren de AWBZ vaak onbedoeld uitgebreid. Daarom worden er belangrijke verbeteringen doorgevoerd die de AWBZ weer toekomstbestendig maken. Een deel ervan gaat op 1 januari 2009 in:

- Ondersteunende, activerende begeleiding en behandeling worden omgevormd tot twee functies: begeleiding en behandeling. De aanspraak begeleiding geldt vanaf 1 januari 2009 alleen voor mensen met ernstige beperkingen die zonder deze begeleiding niet (langer) in staat zijn zelfstandig te blijven wonen of naar school te gaan.
- De grondslag psychosociaal verdwijnt uit de AWBZ. De gemeenten worden hiervoor gecompenseerd.
- De indicatiestelling door bureaus jeugdzorg en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt verbeterd om ongewenste instroom in de AWBZ en jeugdzorg tegen te gaan. Met ingang van 1 januari 2009 moet er een nieuw indicatiëprotocol zijn voor deze groep jongeren.

4. *Verminderen van bureaucratie door kwaliteit en eenvoud van de uitvoering*

We gaan verder op de in 2007 ingeslagen weg om de uitvoering van de AWBZ te vereenvoudigen en de bureaucratie te verminderen. We willen de indicatiestelling verbeteren en vereenvoudigen en de uitvoering door zorgkantoren verbeteren.

Goede zorg wordt in de eerste plaats vormgegeven in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Regels en protocollen zijn hierbij noodzakelijk om de rechtszekerheid van zowel de cliënt als van de professional te waarborgen. De lasten die daarmee gemoeid zijn, nemen we – zij het binnen grenzen – op de koop toe. Maar onnodige bureaucratie is ook hier uit den boze.

Kabinetsdoelstelling 48: Verbeteren en versterken palliatieve zorg

We willen dat mensen in hun laatste levensfase goed worden verzorgd en met respect worden begeleid. *Mensen moeten waardig kunnen sterven.* In het voorjaar is het Plan van Aanpak Palliatieve Zorg 2008–2010 aan de Tweede Kamer gestuurd. Voor de uitvoering is vanaf 2008 jaarlijks bijna 10 miljoen euro extra beschikbaar. Zo is de subsidieregeling Palliatieve en Terminale Zorg met 4,2 miljoen euro verhoogd tot 15,6 miljoen euro. In 2008 is voor de tegemoetkoming in de huisvestingslasten van bijna-thuishuizen en hospices 2 miljoen euro extra uitgetrokken. Ter verdere verbetering van de kwaliteit van de palliatieve zorg is voor 2,4 miljoen euro een opdracht verleend aan ZonMw en wordt een platform palliatieve zorg opgezet. Dat kost 1,4 miljoen euro.

Preventie

Van nazorg naar voorzorg

In 2009 vullen we de vier lijnen in de Preventievisie verder in: Koesteren en innoveren, Integraal gezondheidsbeleid, Verbinden van preventie en zorg en Bestuurlijke vernieuwing

Voorkomen is beter dan genezen. De volwassen Nederlander is in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Leefstijl is een zaak van mensen zelf. Het betreft keuzen waarmee de overheid zich niet dwingend bemoeit. Dat neemt niet weg dat voorlichting van belang is. Temeer omdat de verschillen in gezondheid tussen maatschappelijke groepen vooral met leefstijl te maken hebben. Bovendien drijven de met leefstijl gemoeide aandoeningen (diabetes, hartfalen) de zorgkosten enorm op. *Leefstijl is een eigen verantwoordelijkheid* – een persoonlijke keuze –, maar voor de daaruit voortvloeiende aandoeningen wordt wel een beroep gedaan op de (financiële) solidariteit van anderen. Ook om deze redenen wil het kabinet gezonde keuzen stimuleren.

Maatschappelijke sectoren, zoals onderwijs, werkgevers, zorgverzekeraars en de overheid, hebben bovendien zelf ook alle baat bij gezond levende burgers. Betere arbeidsprestaties en schoolresultaten, minder zorgkosten etc. Die gemeenschappelijke belangen maken ons *partners in preventie*.

Op de lijn Koesteren en Innoveren gaat VWS in het bijzonder verder met het verbeteren van gezondheidsbescherming en ziektepreventie. In 2009 wordt vaccinatie tegen HPV, het virus dat baarmoederhalskanker veroorzaakt, opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma mits de prijs van het vaccin drastisch daalt. Ook willen we met een inhaalprogramma

eenmalig alle meisjes van 13 tot en met 16 jaar vaccineren. Naar verwachting komt de Gezondheidsraad nog dit jaar met een advies over eventuele opname van hepatitis B.

Met Integraal Gezondheidsbeleid, de tweede lijn, willen we in 2009 nauw samenwerken met betrokken ministeries en partners, zoals scholen, werkgevers en gemeenten. Dit kan bijvoorbeeld op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen of op het terrein van letselpreventie volgend op het komende RIVM-rapport Let op letsel.

Bij Verbinden van Preventie en Zorg, de derde lijn, wil VWS de samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg verbeteren en *preventieve activiteiten in de curatieve zorg uitbreiden*.

Mits de kosten opwegen tegen de baten en de uitgaven budgettair inpasbaar zijn, behoren de «beweegkuur», «stoppen met roken», «depressiepreventie» en «zelfmanagement van chronisch zieken» straks tot het basispakket. Voor proefprogramma's is in 2009 een bedrag van 5,3 miljoen euro beschikbaar. Wanneer sprake is van medische indicatie wordt voor deze programma's een vergoeding gegeven aan mensen met een chronische aandoening en soms ook voor mensen die hoge risico's lopen.

Zorgverzekeraars mogen gezond leven van hun verzekerden belonen. Zij mogen (een deel van) het jaarlijks verplichte eigen risico van een verzekerde voor hun eigen rekening nemen als die deelneemt aan een programma dat gezondheid bevordert.

Om de toename van het aantal chronisch zieken te beperken, is de ontwikkeling van samenhangende multidisciplinaire zorg van belang. De programmatische aanpak die ons voor ogen staat, stelt de patiënt centraal en voorziet in een sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en goede en veilige zorg.

Daartoe is onder meer het ZonMw-programma diseasemanagement van start gegaan. Ook begint in 2009 een vierjarig Nationaal Actieprogramma Diabetes. Met dit programma wordt de Diabetes zorgstandaard verder ontwikkeld, onder meer door uitbreiding met preventie en zelfmanagement. De zorgstandaard beschrijft waar goede zorg voor een aandoening minimaal aan moet voldoen uit het oogpunt van de patiënt. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is hierbij van belang. De zorg wordt zo veel mogelijk dicht bij de patiënt verleend. In de aanpak van diabetes werkt het al goed: de eerste lijn vervangt de tweede lijn. Het uitgangspunt moet zijn dat de zorg die in de eerste lijn geboden kan worden, ook dáár geboden wordt. De succesvolle programmatische diabetes-aanpak wordt uitgebreid naar andere veel voorkomende chronische aandoeningen. Hiervoor is per jaar 2,5 miljoen euro uitgetrokken voor de periode 2009–2012.

De vierde lijn, Bestuurlijke Vernieuwing, gaat vooral over de noodzakelijke bestuurlijke veranderingen om de andere drie lijnen mogelijk te maken. Zo worden de werkgebieden van de Gemeentelijke Geneeskundige Diensten (GGD's) en veiligheidsregio's (GHOR) gelijkgetrokken. Dan kan het openbaar bestuur in geval van een crisis beide diensten, op het niveau van de veiligheidsregio, direct aansturen. Het werk van de GGD – het bestrijden van infectieziekten, milieugezondheidszorg – kan dan beter worden afgestemd met de hulpverlening van de GHOR – onder meer ambulancevervoer en ziekenhuiszorg.

Kwaliteit en veiligheid

Het kwaliteitsbeleid is vertaald in vier hoofdthema's: vergroten van de transparantie van geleverde kwaliteit, het vergroten van de veiligheid in de zorg, cliëntgerichtheid en het vergroten van de professionaliteit van de medewerker (Zie hierna bij werken in de zorg).

Vergroten van transparantie van de geleverde kwaliteit

Kabinetsdoelstelling 45b: burgers kunnen op kiesBeter.nl voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden

Kabinetsdoelstelling 45c: cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg

De prestaties van zorgaanbieders, zowel medisch inhoudelijk als in termen van geobjectiveerde ervaringen van cliënten, moeten inzichtelijk zijn. We beogen hiermee dat zorginstellingen zich bewuster worden van hun kwalitatieve niveau en dat de positie van de patiënt wordt versterkt. De patiënt krijgt meer mogelijkheden om een echte keuze te maken.

Per zorgsector worden indicatorensets ontwikkeld die zorginhoudelijke indicatoren, cliëntervaringen (CQ-index) en etalage-informatie bevatten. De zorginhoudelijke indicatoren zijn waar mogelijk uitkomstindicatoren, bijvoorbeeld het percentage patiënten voor wie behandeldoelen zijn vastgesteld. De CQ-index geeft de ervaringen weer van cliënten over de door de zorgaanbieder geleverde zorg. De etalage-informatie is algemene informatie over bijvoorbeeld de omvang van de praktijk, het aantal parkeerplaatsen en de specialistische spreekuren binnen een praktijk. Die drie elementen samen vormen een indicatorenset. Die sets zijn beschikbaar voor zowel de Inspectie, de verzekeraar als de cliënt, en worden vervolgens op kiesBeter.nl gepubliceerd.

De ziekenhuizen zullen voor 24 van 80 aandoeningen voor de gehele set indicatoren eind 2009 informatie op kiesBeter.nl beschikbaar hebben. De fysiotherapeuten hebben dan indicatorensets klaar voor alle zorg die ze leveren. Voor de verpleging, verzorging en thuiszorg is de eerste informatie eind 2008 al op kiesBeter.nl en via het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording beschikbaar. In 2009 zal verbetering plaats vinden.

Vanaf najaar 2008 komen voor de GGZ de eerste gegevens voor alle instellingen beschikbaar via het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording. In 2009 vindt uitbreiding van de sets plaats. De sets voor gehandicaptenzorg en kraamzorg moeten komend jaar door alle instellingen in gebruik genomen worden. In 2009 worden de sets met indicatoren voor huisartsen, farmacie, mondzorg en de openbare gezondheidszorg opgeleverd en getest.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in opdracht van VWS, het programmabureau Zichtbare Zorg (voorheen ZbTK) ingericht, dat de ontwikkeling van al deze sets kwaliteitsindicatoren in alle sectoren van de zorg regisseert.

Indien dit past bij de persoonlijke omstandigheden van de cliënt kan deze zijn zorg ook over de grens halen. Het is daarom belangrijk dat de kwaliteit ook in internationaal perspectief transparanter wordt.

Veiligheid in de zorg

Kabinetsdoelstelling 45a: De vermijdbare schade in de ziekenhuizen is in 2012 met 50 procent gedaald

Veiligheid bij zorgaanbieders blijft topprioriteit. Veiligheid begint met *het werken volgens de door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen* en het structureel in kaart brengen en leren van gemaakte fouten die soms ernstige schade voor patiënten opleveren. Het sluitstuk hierop is een *gerichte handhaving door de Inspectie*. Dat tezamen moet ervoor zorgen dat er minder fouten gemaakt worden.

In alle sectoren van de zorg zijn en worden veiligheidsprogramma's in gang gezet om het aantal vermijdbare incidenten en vermijdbare sterfte te verminderen. Zo richt het programma Voorkom schade, werk veilig zich bij het terugbrengen van vermijdbare onbedoelde schade op tien thema's en op het invoeren van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Met een VMS kunnen ziekenhuizen continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Het komende jaar moet dat systeem in elk ziekenhuis zijn ingevoerd. Voor het veiligheidprogramma in de ziekenhuizen is bij elkaar 9,3 miljoen euro uitgetrokken. Dit programma is in 2008 van start gegaan en eindigt eind 2012. In dat jaar moet de vermijdbare sterfte zijn gedaald van 1735 doden naar 867 doden.

Het toekomstige regieorgaan Kwaliteit en Veiligheid zal erop toezien dat de ontwikkeling, verbetering en het gebruik van richtlijnen in de hele zorg een impuls krijgt.

Ook krijgen cliënten inzicht in de richtlijnen, die nu veelal alleen beschikbaar zijn voor de professional. Op die manier raken cliënten beter geïnformeerd over wat ze bij een behandeling mogen verwachten van een zorgverlener.

Voor het actieprogramma Veilige Zorg is in 2009 3,45 miljoen euro extra beschikbaar voor de eerste lijn en GGZ. Voor de landelijke campagne over patiëntveiligheid is per jaar 2 miljoen euro uitgetrokken.

De Inspectie zal het toezicht op de door de beroepsgroepen vastgestelde algemeen bindende normen verder verscherpen. Daar waar de beroepsgroepen niet zelf tot normstelling komen, zal de Inspectie meer druk uitoefenen om toch te komen tot de gewenste richtlijnontwikkeling en normstelling. Daar waar de veldpartijen alsnog falen zal de Inspectie zelf voorstellen doen voor normen en richtlijnen.

Zorgaanbieders moeten duidelijk vastleggen welk lid van de Raad van Bestuur verantwoordelijk én aansprakelijk is voor kwaliteit. Deze verantwoordelijkheid betreft ook het inzichtelijk maken van de kwaliteit en het verstrekken van de juiste informatie aan de Inspectie.

Vergroting cliëntgerichtheid/versterking positie consument

Kabinetsdoelstelling 45d: de rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk

Patiënten krijgen duidelijkere rechten. Een sterke positie van de cliënt zal zorgaanbieders en verzekeraars ertoe brengen de cliënt zoveel mogelijk de zorg te verlenen die hij wenst en de kwaliteit continu te verbeteren. Om de macht van de cliënt daadwerkelijk te vergroten, versterken we de

Beleidsagenda

rechtspositie van patiënten en cliënten. We willen bereiken dat de cliënt in de zorg centraal staat en dat ook zo ervaart.

In de Wet cliëntenrechten zorg worden zeven rechten van de cliënt nader uitgewerkt.

- Recht op bereikbare en beschikbare zorg
- Recht op keuze en keuze-informatie
- Recht op kwaliteit en veiligheid
- Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
- Recht op afstemming tussen zorgverleners
- Recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillen-behandeling
- Recht op medezeggenschap en goed bestuur

De positie van de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (PGO-organisaties) wordt verstevigd door de subsidieregeling aan te passen en samenwerking te bevorderen.

De onafhankelijke geschilbeslechting wordt verbeterd. Een cliënt kan snel en laagdrempelig een uitspraak krijgen als een instelling een klacht niet afdoende heeft afgehandeld. De geschillencommissie zorginstellingen moet cliënten een schadevergoeding kunnen toekennen tot een maximum van 25 000 euro.

Innovatie

Kabinetsdoelstelling 46: meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie. (De doelstelling vertoont samenhang met arbeidsmarktbeleid.)

Iedereen moet kunnen rekenen op goede zorg of ondersteuning. Vernieuwingen kunnen de zelfredzaamheid van mensen verhogen, *werkprocessen slimmer maken* en de kwaliteit van de zorg verbeteren. VWS geeft in de brief Innovatie in Preventie en Zorg (2008) aan dat innovatie belangrijk is om te kunnen voldoen aan de toenemende en veranderde vraag naar zorg, om oplossingen te bieden voor de groeiende krapte op de arbeidsmarkt, om ICT en technologie in de zorg beter te benutten. Een goed voorbeeld hiervan is een instelling die de capaciteit in de nachtdienst met 50 procent heeft teruggebracht door over te gaan op deuralarmering. Of aan een ziekenhuis dat met een betere patiëntenplanning 20 procent minder uitgaf aan dure medicatie.

Ook het ontwikkelen van nieuwe zorgconcepten en het *organiseren van zorg rond de aandoeningen van de patiënt* is van belang. Vooral bij ziektebeelden waarbij de zorgvraag verandert – soms is een huisarts nodig, soms een (thuiszorg) verpleegkundige en soms een medisch specialist – heeft dit grote waarde. Bij aandoeningen als diabetes, hartfalen en COPD mag het zorgaanbod niet ophouden bij de grenzen van de ziekenhuiszorg, thuiszorg of de eerstelijnszorg, of bij de bestaande overgangen in bekostiging en financiering. Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten de zorg zodanig inkopen dat deze op de beste wijze kan worden geleverd rondom aandoeningen van patiënten. Door de benodigde zorg voor patiënten slim te organiseren in de vorm van een netwerk, zoals ZorgNet bijvoorbeeld doet, hoeft de fysieke traditionele zorginstellingvorm niet meer leidend te zijn. Onderdeel hiervan is dat patiënten in staat worden gesteld om zelf hun aandoening in de hand te houden (medicatierouw, metingen van bijvoorbeeld gewicht volgen). Preventie en zorg gaan zo eveneens hand in hand.

Innovatie is daarom ook één van de zes pijlers van dit kabinetsbeleid. De overheid innoveert niet zelf. Dat is aan zorgaanbieders, verzekeraars, bedrijfsleven en wetenschap. De overheid schept randvoorwaarden. Voor de versterking van innovatie in preventie en zorg hebben wij het Zorginnovatieplatform ingesteld, waarin wordt samengewerkt met deskundigen uit de sector, het bedrijfsleven en de wetenschap. Het platform wil een goed klimaat creëren voor het invoeren en verspreiden van innovaties. Het richt zich onder meer op het terrein van arbeidsbesparende en medische technologie, e-health, personalized medicine en de top zes chronische aandoeningen (kanker, COPD, diabetes, hartfalen, depressie en dementie).

Het Zorginnovatieplatform brengt innovaties actief tot stand en werkt aan de verspreiding ervan. Dit doet zij ondermeer door communicatie, het aanreiken van kennis en het opheffen van mogelijke verkeerde prikkels of onnodige belemmeringen in financiering of wet- en regelgeving.

Elektronisch patiëntendossier (EPD)

Komend jaar worden huisartsenposten, huisartsenpraktijken, apotheken en ziekenhuizen aangesloten op het landelijk schakelpunt (LSP). Dit schakelpunt regelt de uitwisseling van informatie over patiënten, het elektronisch patiëntendossier (EPD), tussen de zorgverleners. Het EPD zorgt voor goede communicatie in de zorgsector. Dit vergroot de kwaliteit en veiligheid van de behandeling. In mei 2008 is het stappenplan voor de invoering van het EPD aan de Tweede Kamer aangeboden. In het kader van de invoering is op 1 juni 2009 het gebruik van het burgerservicenummer in de zorg verplicht voor zorgaanbieders, indicatieorganen en zorgverzekeraars en is voorlichting voorbereid.

Werken in de zorg

Door demografische en technische ontwikkelingen verandert en groeit de vraag naar zorg. De gehele zorgsector staat daarom aan de vooravond van een grote uitdaging. Om het hoge niveau van zorg in Nederland te laten bestaan, moeten we nieuwe zorgconcepten ontwikkelen en maatregelen treffen om -in een krappere wordende arbeidsmarkt- te kunnen voorzien in voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel.

Zorgaanbieders moeten zodanig innoveren dat de *werklust voor zorgverleners vermindert*. De aankomende schaarste op de arbeidsmarkt mag niet leiden tot wachtlijsten en te hoge werkdruk door gebrek aan collega's. Een negatieve spiraal moet vermeden worden: meer werkdruk, meer verloop en ziekteverzuim en een nog grotere werkdruk. VWS investeert via het Zorginnovatieplatform in innovaties die de zorgverlening efficiënter en kwalitatief beter maken en die bijdragen aan het verlichten van de werkdruk.

Uiteraard is het aantrekken en behouden van voldoende personeel in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf. De dreigende tekorten overstijgen echter de oplossingsmogelijkheden van de individuele instellingen en op sommige punten ook die van de sociale partners. Daarom is er een actieplan Werken aan de Zorg om samen met werkgevers- en werknemersorganisaties en andere betrokken partijen het dreigende personeelstekort het hoofd te bieden.

Ook investeren wij fors in stageplaatsen voor studenten in het zorgonderwijs. Er komt meer aandacht voor het werven van groepen mensen die nu nog niet in de zorg werken. En als werknemers met een deeltijd baan in de zorg allemaal twee uur per week extra werken, scheelt dat al

tienduizenden extra arbeidsplaatsen. Wij ondersteunen regionale samenwerkingsverbanden zodat de betrokken partijen arbeidsmarktstrategieën kunnen ontwikkelen. Ook dragen we bij aan voorlichting aan jongeren en aan projecten voor professionalisering van medewerkers.

Participatie

Wetswijziging Wet maatschappelijke ondersteuning

We hechten groot belang aan de bescherming van de positie van de burger in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij levering van huishoudelijke verzorging blijkt die positie niet altijd goed te zijn geregeld. Medewerkers in de thuiszorg worden soms gedwongen om als alfahulp te werken. De burger wordt zo onbedoeld en onbewust werkgever en aansprakelijk voor de alfahulp. De wetswijziging voorkomt dit scenario. Het wordt mogelijk om bij huishoudelijke verzorging te kiezen tussen een voorziening in natura, een persoonsgebonden budget of een financiële vergoeding voor het in dienst nemen van een alfahulp. Gemeenten zijn wettelijk verplicht de burgers voorafgaand aan die keuze begrijpelijk in te lichten.

Tot slot verplicht het wetsvoorstel aanbieders van huishoudelijke verzorging, als ze een opdracht van de gemeente verwerven, te overleggen met de aanbieders die tot dan toe zorg leverden. Dit in verband met het overnemen van personeel. Streven is dat de wetswijziging in het najaar van 2009 in werking treedt.

Vrijwilligers en mantelzorgers

Kabinetsdoelstelling 35: Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en mantelzorgers in 2011

Mensen die er onvoldoende in slagen voor zichzelf te zorgen of te participeren in de maatschappij, moeten gebruik kunnen maken van ondersteuning door vrijwilligers of mantelzorgers.

In de beleidsbrief Voor Elkaar zijn de doelstellingen over vrijwilligerswerk en mantelzorg bijgesteld. We verbeteren de kwaliteit van de ondersteuning. Ook verbeteren we de *mogelijkheden om zorg en arbeid te combineren*.

We streven naar een uitbreiding van het aantal vrijwilligers, onder meer door nieuwe doelgroepen te benaderen.

Wat mantelzorgers betreft, is het streven erop gericht het aantal mantelzorgers ten minste gelijk te houden (circa 2,4 miljoen in 2011). Mantelzorgers leveren zorg op basis van persoonlijke solidariteit, die van onschatbare waarde is. Zij verdienen daarvoor waardering en ondersteuning. Wij stimuleren die ondersteuning, waarvoor gemeenten in de eerste plaats verantwoordelijk zijn. Denk hierbij onder meer aan het organiseren van respijtzorg en deskundigheidsbevordering. De overheid laat haar waardering voor mantelzorgers verder blijken door een «mantelzorgcompliment» van 250 euro beschikbaar te stellen.

Beschermde en weerbaar (huiselijk geweld)

Geweld in afhankelijkheidsrelaties komt op veel grotere schaal voor dan wordt gedacht. Huiselijk geweld, eergeerelateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking en mensenhandel leiden tot grote psychische en lichamelijke schade bij slachtoffers en hun directe omgeving. Deze uitwassen zijn onder alle omstandigheden onaanvaardbaar. In 2009 investeert VWS verder in de opvang en hulpverlening in het kader van het

actieprogramma Beschermd en Weerbaar uit 2008. Het gaat om structureel nog eens 5 miljoen euro extra voor de versterking van de Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld en 2,2 miljoen euro extra voor opvangcapaciteit.

Het actieprogramma richt zich onder meer op de *onmiddellijke veilige opvang* voor slachtoffers van eerderegerelateerd geweld. In dat kader komen er in de vier grote steden, waarmee een convenant is gesloten, ook 40 opvangplekken voor ernstig bedreigde mannen. In 2009 wordt een evaluatie naar de Tweede Kamer gestuurd.

Kabinetsdoelstelling 47: Betere hulp en opvang voor tienermoeders

Wanneer onbedoeld zwangere meisjes ervoor kiezen hun kind te houden, krijgen ze soms geen steun uit hun omgeving. We hebben 1 miljoen euro extra ter beschikking gesteld, bijvoorbeeld voor Advies- en Steunpunten die dag en nacht bereikbaar zijn. Plekken waar zwangere meisjes en tienermoeders terecht kunnen met hun problemen. De Centra voor Jeugd en Gezin zijn van groot belang om meisjes met problemen zo snel mogelijk door te geleiden naar de juiste hulpverlenende instantie. Hierbij opereren we in nauw overleg met de minister voor Jeugd en Gezin.

Seksuele voorlichting

Informatie over seksualiteit, het voorkomen van seksueel overdraagbare ziektes (soa's), ongewenste zwangerschap en seksueel geweld is van groot belang. We blijven daarom investeren in seksuele vorming, vooral onder jongeren. Hierbij werken we nauw samen met de minister voor Jeugd en Gezin. De deskundigheid van professionals, bijvoorbeeld op het gebied van genitale verminking van vrouwen wordt bevorderd.

Regeling voor chronisch zieken en gehandicapten

Per 1 januari 2009 komt er een nieuwe regeling voor de tegemoetkoming van meerkosten die chronisch zieken en gehandicapten maken voor zorg. Vanaf die datum vervalt de huidige regeling buitengewone uitgaven. Omdat chronisch zieken en gehandicapten extra kosten maken in vergelijking met andere groepen vinden we inkomensondersteuning van belang. De bestaande regeling wordt niet gebruikt door velen voor wie de regeling wel bedoeld is en wel gebruikt door velen voor wie die niet bedoeld is. Met de nieuwe regeling gaat het kabinet *gerichter chronisch zieken en gehandicapten compenseren voor hun meerkosten*. Voor de nieuwe regeling is 1,7 miljard euro beschikbaar, waarvan 1 miljard euro speciaal is bedoeld voor chronisch zieken en gehandicapten.

Er komt ook een algemene inkomenscompensatie voor ouderen en arbeidsongeschikten. Het ouderenforfait en het arbeidsongeschiktenforfait bij de belastingopgave vervalt. Deze aftrekpost was bedoeld om betrokken groepen die kans lopen op «verborgen kosten» van ziekte (zoals stookkosten) tegemoet te komen. We willen echter ongewenste inkomenseffecten zoveel mogelijk compenseren. Ouderen krijgen gemiddeld 150 euro per jaar compensatie, arbeidsongeschikten gemiddeld 225 euro.

Sport

Met de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur worden combinatiefuncties gecreëerd. Iemand is dan in dienst van één werkgever, maar oefent zijn functie uit op diverse terreinen, bijvoorbeeld bij een school én een sportclub. In 2012 zijn er ten minste 2500 voltijds combinatiefuncties. VWS, het ministerie van OCW, gemeenten en de sport- en cultuursector willen op die manier *sportverenigingen versterken* in hun maatschappelijke

Beleidsagenda

lijke taken en *sport, cultuur en onderwijs met elkaar verbinden*. Het programma is in 2008 van start gegaan met 375 combinatiefuncties in 30 gemeenten. In 2009 betalen deze gemeenten mee en neemt het aantal combinatiefuncties daar toe van 375 tot 475. Komend jaar zullen nog eens ruim 90 gemeenten zich aansluiten bij het programma. Dat levert 440 combinatiefuncties extra op. In 2009 is hiermee 28,3 miljoen euro rijksgeld gemoeid, waarvan 19,6 miljoen euro voor rekening komt van VWS. Gemeenten vullen dit bedrag in 2009 aan met 13 miljoen euro.

Met het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen moet 70 procent van de volwassen Nederlanders in 2012 voldoende bewegen, zes procent meer dan in 2007. Tegelijkertijd moet het aantal inactieve mensen omlaag. Medio 2008 is dit actieplan van start gegaan, waarmee in twee tranches ruim 100 gemeenten hun minder actieve burgers stimuleren meer te bewegen en te sporten. Daarmee moeten in 2009 50 gemeenten aan de slag zijn gegaan. In samenwerking met de minister voor Jeugd en Gezin proberen we ook *meer jongeren in beweging* te krijgen. In 2012 willen we dat de helft van alle jongeren voldoet aan de voor hen geldende – zwaardere – beweegnorm. In 2007 voldeed 45 procent aan deze norm.

Onze talenten moeten de laatste stap naar de internationale top kunnen maken. In 2009 investeren we hiervoor in tien extra talentcoaches, betere onderwijsfaciliteiten en het internationale trainings- en wedstrijdprogramma. We willen dat er in 2011 twintig procent meer succesvolle talenten zijn. De combinatie van toptraining en onderwijs wordt verbeterd met de komst van vier of vijf Centra voor Topsport en Onderwijs.

Om meer gehandicapten te laten sporten, stimuleren we sport in het speciaal onderwijs. Ook willen we het sportaanbod in zorgvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap vergroten en het aanbod van sportverenigingen voor mensen met een beperking verbeteren. Tot slot streven we ernaar de positie van sport in het Europese Gemeenschapsrecht op een aantal te verduidelijken, rekening houdend met het bijzondere karakter van de sport.

Medische ethiek

De beleidsbrief Medische Ethiek van het najaar 2007 blijft uitgangspunt voor het beleid. In 2009 nemen we verdere stappen om de kwaliteit van de hulpverlening rond de afbreking van zwangerschap te verbeteren. Zo worden de psychosociale gevolgen van abortus onderzocht en loopt er onderzoek naar de redenen voor abortus. De beroepsgroep werkt, met subsidie van VWS, aan de ontwikkeling van een richtlijn ter verbetering van de abortushulpverlening.

Ook gaan we door met voorlichting en onderzoek op het vlak van euthanasie. Eén van de onderzoeken betreft het kennisniveau van artsen en burgers ten aanzien van medische beslissingen rond het levenseinde en de problemen die zich in de praktijk voordoen.

Orgaandonatie

We streven ernaar dat het aantal donoren met 25 procent stijgt. Wij doen een dringende oproep aan iedereen om na te denken over orgaandonatie, en we spreken daarbij de diepe voorkeur uit dat mensen voor donatie kiezen.

In het Masterplan Orgaandonatie staan voorstellen over de kwaliteit van donorwerving, uitname en transplantatie. De voorlichting wordt uitge-

Beleidsagenda

breid en verliest het neutrale karakter. We spreken mensen voortaan aan op hun verantwoordelijkheid en solidariteit. We hopen te bereiken dat mensen *vaker kiezen vóór donatie* en dat ook aan hun naasten vertellen. Er wordt een wijziging van de Wet op de orgaandonatie voorbereid. Er komt, naast de vier keuzemogelijkheden van nu, een extra keuze: «Ja, ik geef toestemming voor donatie, mits mijn nabestaanden instemmen». Voor mensen die zich niet registreren, geldt: «Mijn nabestaanden beslissen». Niet registreren is ook een keuze, die men altijd kan wijzigen.

Oorlogsgetroffenen

Het verhaal over de Tweede Wereldoorlog en de gevolgen daarvan blijft belangrijk, ook voor generaties die na ons komen. Met het programma Erfgoed van de Oorlog investeren we in het behouden, ontsluiten en toegankelijk maken van erfgoedmateriaal. Extra aandacht is er voor het audiovisueel vastleggen van getuigenissen. Voor het programma is tot 2010 ruim 21 miljoen euro beschikbaar. Het voorlichtingsbeleid Tweede Wereldoorlog, dat zich tot nu vooral richt op de jeugd, wordt geëvalueerd. Ook Nederlanders die geen persoonlijke relatie hebben met WO II moeten goed geïnformeerd zijn over het oorlogsverleden en de gevolgen daarvan.

Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf beschrijft het financieel beleid op hoofdlijnen. Allereerst worden de geraamde uitgaven behorend bij het beleidprogramma van het kabinet *Samen werken Samen leven* gepresenteerd. Vervolgens wordt een totaaloverzicht gepresenteerd van de zorguitgaven, gevolgd door een totaaloverzicht van de begrotingsuitgaven. Hierna volgen overzichten met de financiële consequenties van de belangrijkste onderwerpen in deze beleidsagenda.

Doelstellingen kabinet

Het kabinet heeft in *Samen werken Samen leven* 74 doelstellingen voor de kabinetsperiode geformuleerd. Vijf daarvan hebben direct betrekking op onze beleidsterreinen. Ze zijn opgenomen in ondertaande tabel. In de tabel is tevens opgenomen in welk artikel en onder welke operationele doelstellingen het beleid verder is uitgewerkt.

Beleidsagenda

Nr. kabinetsdoelstelling	Omschrijving	Nr. Beleidsartikel/OD	Geraamde uitgaven 2009	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011	Vindplaats
35	Substantiële uitbreiding van het aantal vrijwilligers en behoud van het aantal mantelzorgers in 2011	44.3.2	27 800	32 700	42 800	Kamerstukken 30 169, nr. 11
45a	De vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg, is in 2012 gehalveerd	42.3.2 98.3.4	5 950	4 450	3 950	Kamerstukken 31 016, nr. 8, en 28 439, nr. 18
45b	Burgers kunnen op KiesBeter.nl voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden	42.3.1 43.3.1	9 422	10 422	9 422	Kamerstukken 28 439, nr. 98
45c	Cliënten geven 90 procent van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg	*	*	*	*	
45d	De rechten en plichten van patiënten en cliënten zijn in 2011 wettelijk vastgelegd en de informatie hierover is voor iedereen toegankelijk	42.3.1 43.3.1	39 721	39 721	39 721	Kamerstukken 31 476, nr. 1
46	Meer patiëntgerichte zorg door vernieuwing zorgconcepten en innovatie	42.3.2 43.3.3	133 879	109 146	106 874	Innovatie in preventie en zorg Kamerstukken 31 200 XVI, nr. 16
47	Betere hulp en opvang voor tienermoeders	44.3.4	1 000	1 000	1 000	–
48	Verbeteren en versterken palliatieve zorg	43.3.3	21 400	21 400	21 400	Actieplan Palliatieve zorg 2008–2010, Kamerstukken 29 509, nr. 19

* Doelstellingen 45b en 45c worden bekostigd via het Project Zichtbare Zorg, het ontwikkelen van de CQ-index en het kwaliteitskader Verantwoorde zorg, inclusief € 4,2 miljoen per jaar voor KiesBeter.nl

Beleidsagenda

Totale premiegefinancierde zorguitgaven

Totale zorguitgaven onder het Budgettair Kader Zorg (bedragen x € 1 000 000)			
	2009		2009
41 Volksgezondheid	107	43 Langdurige zorg	21 780
Preventieve zorg (uitvoeren Rijksvaccinatieprogramma)	108	Langdurige geestelijke gezondheidszorg	1 340
Volksgezondheid onverdeeld	- 1	Gehandicaptenzorg	5 612
		Verpleging en verzorging	12 022
42 Gezondheidszorg	31 596	Persoonsgebonden budgetten	1 854
Huisartsen en gezondheidscentra	2 170	Subsidies langdurige zorg	70
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	757	Beheerskosten / diversen AWBZ	238
Paramedische hulp	524	Langdurige zorg onverdeeld	645
Verloskunde en kraamzorg	424		
Dieetadvisering	42	44 Maatschappelijke ondersteuning	172
Extramurale zorg onverdeeld	37	MEE-instellingen	172
Algemene en categorale ziekenhuizen	10 600		
Academische ziekenhuizen	3 286	99 Nominaal en onvoorzien	1 965
Medisch specialisten	1 888	Nominaal en onvoorzien	1 965
Overig curatieve zorg	523		
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief onverdeeld	492	Overig	2 389
Ambulancevervoer	408	Wmo (gemeentefonds)	1 492
Overig ziekenvervoer	113	Opleidingfonds (begroting VWS)	818
Ziekenvervoer onverdeeld	5	Wtcg (begroting VWS)	n.v.t.
Farmaceutische hulp	5 327	Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven	79
Hulpmiddelen	1 333		
Geneeskundige GGZ door instellingen	2 883	Totaal zorguitgaven	58 010
Geneeskundige GGZ door vrijgevestigden	159		
Geneeskundige GGZ onverdeeld	126		
Grensoverschrijdende zorg	500		

Bron: VWS

Totale begrotingsuitgaven

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)			
2009			2009
41 Volksgezondheid	602 970	46 Sport	137 634
1 – Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	44 468	1 – Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid	24 761
2 – Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel onveilige producten	80 110	2 – Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om	80 252
3 – Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen	4 587	3 – De topsport in Nederland staat symbool voor ambitie, is een bron van ontspanning en draagt bij aan ons nationale imago in binnenn-en buitenland	30 290
4 – De vermijdbare ziektebelasting neemt af door een goede bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	299 725	Personeel en materieel	2 331
5 – Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid	150 530	47 Oorlogsgetroffenen en herinnering WO II	389 961
6 – Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek	14 599	1 – Een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw	374 036
Personeel en materieel	8 951	2 – De herinneringen aan WO II blijft levend en veel mensen – vooral jeugdigen – zijn zich van bewust van de betekenis van WO II	14 497
42 Gezondheidszorg	7 170 217	Personeel en materieel	1 428
1 – De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	1 382	98 Algemeen	310 236
2 – Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren	1 234 576	1 – Beheer en toezicht stelsel	90 062
3 – Zorgverzekeraar bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg aan	5 926 202	2 – Internationale samenwerking	12 013
Personeel en materieel	8 057	3 – Verzameluitkering VWS	0
43 Langdurige zorg	5 408 616	<i>Personeel en materieel</i>	<i>208 161</i>
1 – De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	61 438	– Inspectie Gezondheidszorg	46 674
2 – Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar	146 601	– Sociaal en Cultureel Planbureau	5 494
3 – De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)	164 612	– Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	114
4 – De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar	5 031 785	– Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	2 980
Personeel en materieel	4 180	– Gezondheidsraad	3 470
44 Maatschappelijke ondersteuning	601 493	– Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek	1 515
1 – Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden	34 568	– Strategisch onderzoek RIVM	20 131
2 – Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning	80 708	– Strategisch onderzoek NVI	8 162
3 – Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning	85 812	– Inspectie Jeugdzorg	5 852
4 – Burgers met (psycho) sociale problemen kunnen gebruik maken van tijdelijke ondersteuning	396 470	– Personeel en materieel kernministerie	113 769
Personeel en materieel	3 935	99 Nominaal en onvoorzien	– 38 805
		1 – Loonbijstelling	3 874
		2 – Prijsbijstelling	0
		3 – Onvoorzien	2 019
		4 – Taakstelling	– 43 948
		Totaal begrotingsuitgaven	14 583 072

Geraamde begrotingsuitgaven bij de belangrijkste onderwerpen in de beleidsagenda 2009

In deze tabel zijn de begrotingsuitgaven bij de belangrijkste onderwerpen in deze beleidsagenda opgenomen. De opbouw van de begroting 2008 naar 2009 is niet in deze beleidsagenda opgenomen. U kunt deze vinden in het verdiepingshoofdstuk van de begroting.

Omschrijving	Nr. Beleidsartikel/OD	Geraamde uitgaven 2009	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011
Curatieve Zorg				
Vereenvoudiging DBC systematiek	42.3.3	979	1 200	–
Stimuleren projecten patiëntveiligheid GGZ	42.3.2	1 700	1 700	1 900
Langdurige zorg				
Invoeren zorgzwaartebekostiging	43.3.3	4 500	–	–
Palliatieve zorg	43.3.3	21 400	21 400	21 400
Preventie				
3e (lopend en 4e (op te starten Preventieprogramma's ZonMw Proefprogramma preventie in het basispakket van de Zorgverzekeringswet	41.3.4	16 200	17 400	19 000
– stoppen met roken	41.3.1	400	–	–
– depressiepreventie en zelfmanagement van chronisch zieken	41.3.4	1 900	3 900	–
– bewegen	46.3.1	3 000	500	–
ZonMw Diseasemanagement	41.3.4	1 200	1 100	1 100
Nationaal Programma Diabetes	41.3.4	2 500	2 500	2 500
Kwaliteit en veiligheid				
Ontwikkelen kwaliteitsindicatoren (Project Zichtbare zorg)	42.3.1 en 43.3.1	1 500	1 500	1 500
Ontwikkelen CQ-index	42.3.1 en 43.3.1	800	800	800
Portal Kiesbeter.nl	42.3.1 en 43.3.1	4 222	4 222	4 222
Onderhoud indicatoren (Project zichtbare zorg)	42.3.1 en 43.3.1	1 000	2 000	1 000
Veiligheidsprogramma ziekenhuizen	42.3.2	2 350	1 850	1 350
Regie orgaan kwaliteit en veiligheid	42.3.2	1 600	600	600
Actieprogramma veilige zorg	42.3.2	3 450	3 100	2 800
Landelijke campagne patiëntveiligheid	98.3.4	2 000	2 000	2 000
ZonMw programma Zorg voor beter	43.3.3			
Subsidies PGO-organisaties	42.3.1 en 43.3.1	39 556	39 556	39 556
Geschillencommissie zorginstellingen	43.3.1	165	165	165
Innovatie				
Algemeen innovatiebeleid (zorgbreed), waaronder het ZorgInnovatieplatform	42.3.2	29 000	34 000	39 000
ICT in de Zorg	42.3.2	69 782	38 830	38 830
Werken in de zorg				
Actieplan Werken aan de zorg				
– curatieve zorg	42.3.2	14 427	19 927	19 177
– langdurige zorg	43.3.3	53 437	61 312	59 062
– Vaccinaties	42.3.2	2 500	2 500	2 500
Participatie				
Uitbreiding vrijwilligers en behoud mantelzorgers – begroting VWS -	44.3.2	9 000	9 000	9 000
Maatschappelijke stages met OCW – Gemeentefonds -	44.3.2	14 800	19 800	29 900
Mantelzorgcompliment	44.3.2	65 000	65 000	65 000
Actieprogramma Beschermd en weerbaar	44.3.4	24 825	27 325	29 825
Hulp en opvang tienermoeders	44.3.4	1 000	1 000	1 000
Bevorderen seksuele gezondheid	41.3.4	12 200	12 700	12 200
Allochtonen en seksuele gezondheid	41.3.4	1 000	1 000	1 000
Forfaits chronisch zieken en gehandicapten	43.3.4	–	340 540	349 485
Tegemoetkoming specifieke zorgkosten	43.3.4	–	40 000	40 400

Beleidsagenda

Omschrijving	Nr. Beleidsartikel/OD	Geraamde uitgaven 2009	Geraamde uitgaven 2010	Geraamde uitgaven 2011
Sport				
Impuls brede scholen, sport en cultuur	46.3.2	19 609	23 334	23 334
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	46.3.1	15 495	17 774	18 764
Talentontwikkeling, waaronder Centra voor Topsport en Onderwijs	46.3.3	9 797	9 797	9 979
Werkplan gehandicaptensport in Nederland	46.3.2	2 483	2 498	2 498
Medische ethiek				
Onderzoek naar:				
– ongewenste zwangerschap (o.a. psychosociale gevolgen van abortus en redenen voor abortus)	41.3.6	245	215	155
– kennisniveau artsen en burgers t.a.v. medische beslissingen rond het levens-einde	41.3.6	–	–	–
Masterplan orgaandonatie	42.3.2	14 666	27 447	36 339
Oorlogsgetroffenen				
Programma Erfgoed van de Oorlog	47.3.2	7 091	2 358	–

Ontwikkeling zorguitgaven

In de tabel hieronder worden de belangrijkste mutaties van de ontwikkelingen van de premiegefinancierde zorguitgaven van de begroting 2008 tot de begroting 2009 gepresenteerd. Een toelichting op deze mutaties is opgenomen in de bijlage Financieel Beeld Zorg van deze begroting.

Beleidsagenda

Mutaties in de bruto BKZ relevante uitgaven en ontvangsten sinds de ontwerpbegroting 2008 (bedragen x € 1 000 000)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bruto BKZ-relevante uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2008	54 349,7	58 727,3	62 057,4	65 698,6	69 543,1	
<i>Mutaties</i>	262,5	- 74,7	- 71,2	- 238,3	61,4	
Bruto BKZ-relevante uitgaven stand Jaarverslag 2007 / 1e suppletore wet 2008	54 612,2	58 652,6	61 986,2	65 460,3	69 604,5	
<i>Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers</i>						
a. Actualisatie zorguitgaven 2007 en doorwerking	- 175,7	- 144,0	- 28,4	39,8	61,4	
<i>Maatregelen en beleidsaanpassingen genoemd in de Beleidsagenda</i>						
Preventieve zorg						
b. Toevoeging HPV-vaccin aan Rijksvaccinatieprogramma		pm	pm	pm	pm	
c. Opname Hepatitis B-vaccin in Rijksvaccinatie-programma		pm	pm	pm	pm	
Curatieve zorg						
d. Aanscherpen vergoeding cholesterolverlagers		- 32,0	- 65,0	- 97,0	- 97,0	
e. Pakketmaatregelen hulpmiddelen		- 22,0	- 23,1	- 24,3	- 25,5	
f. Verbetering kwaliteit methadonbehandeling		7,5	7,5	7,5	7,5	
g. Ambulances		7,0	13,0	13,0	13,0	
h. Diagnostiek en behandeling dyslexie in het basispakket		27,9	29,3	30,7	32,1	
i. Benzodiazepinen uit het basispakket		- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	
Langdurige zorg						
j. Maatregelen Care		- 91,0	- 712,0	- 776,0	- 840,0	
<i>Overige maatregelen en beleidsaanpassingen</i>						
k. Huisartsen		pm	pm	pm	pm	
l. Kosteneffectieve preventieve interventies			25,9	37,9	50,0	
m. Verbetering kwaliteit gehandicaptenzorg		42,0	72,0	72,0	72,0	
n. PGB's	31,0	388,0	593,0	835,0	1 076,0	
o. Capaciteitsplan		12,1	22,8	33,0	37,6	
p. Besparingsverlies Best practices	- 35,0	40,0				
q. Besparingsverlies OB-somatisch		200,0				
r. Wtcg		- 925,0	- 569,7	- 558,6	- 548,7	
wv. Forfaits chronisch zieken en gehandicapten			355,3	366,4	376,3	
wv. Ophogen inkomensgrens		10,0	10,0	10,0	10,0	
wv. Uitvoeringskosten		15,0	15,0	15,0	15,0	
wv. Vervallen reservering Wtcg		- 950,0	- 950,0	- 950,0	- 950,0	
<i>Technische en macro-economische mutaties</i>						
s. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2009)		91,3	142,5	162,4	166,5	
t. IJklijnmutaties	- 61,8	- 135,7	- 163,6	- 196,5	- 174,5	
u. Diverse mutaties	7,3	- 39,1	32,5	34,7	13,9	
v. Financieringsschuif	57,4					
<i>Totaal mutaties</i>	- 176,8	- 643,0	- 693,3	- 456,4	- 225,7	
Bruto BKZ-relevante uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	54 435,4	58 009,6	61 292,9	65 003,9	69 378,8	73 803,9
BKZ-relevante ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2008	3 028,3	3 234,3	3 376,5	3 535,2	3 674,2	
<i>Mutaties</i>	6,4	15,2	15,2	9,5	8,1	
<i>Bruto BKZ relevante uitgaven stand Jaarverslag 2007/1e suppletore wet 2008</i>	<i>3 034,7</i>	<i>3 249,5</i>	<i>3 391,7</i>	<i>3 544,7</i>	<i>3 682,3</i>	
I. Beëindiging overgangsmaatregel		20,0	20,0	20,0	20,0	
II. Eigen bijdrage OB/AB		- 40,0	87,0	96,0	105,0	
III. Wtcg		- 230,0	- 443,0	- 323,0	- 331,0	
IV. Diverse mutaties	7,6	- 6,0	- 9,1	- 11,5	- 4,3	
<i>Totaal mutaties</i>	<i>7,6</i>	<i>- 256,0</i>	<i>- 345,1</i>	<i>- 218,5</i>	<i>- 210,3</i>	
BKZ-relevante ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2009	3 042,3	2 993,5	3 046,6	3 326,2	3 472,0	3 638,8
Netto BKZ-relevante uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2008	51 321,4	55 493,0	58 680,9	62 163,4	65 868,9	
Netto BKZ-relevante uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	51 393,1	55 016,1	58 246,3	61 677,7	65 906,8	70 165,1

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
2009

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2009

Op 24 september 2007 is de kabinetsvisie op gezondheid en preventie naar de Tweede Kamer gestuurd (kamerstuk 22 894, nr. 134). Via vier beleidslijnen willen we de volksgezondheid 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 vier beleidslijnen zijn:

- bestaande preventiemaatregelen (gezondheidsbescherming en ziektepreventie) in stand houden («dijkbewaking») en innoveren. Zoals aangegeven in de brief van 8 juli 2008 (kamerstuk 22 894, nr. 178) zal met ingang van 2009, mits budgettair inpasbaar, het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) worden uitgebreid met de HPV-vaccinatie tegen baarmoederhalskanker voor meisjes van 12 jaar. Voor de HPV-vaccinatie zal dan in 2009 een inhaalcampagne plaatsvinden voor meisjes van 13 tot en met 16 jaar. Bij positief advies van de Gezondheidsraad is het onze intentie ook de vaccinatie tegen Hepatitis B, mits budgettair inpasbaar, in te voeren;
- met name bij andere ministeries, scholen, werkgevers en werknemers gezond leven stimuleren en de omgeving van de burger gezonder maken. Zo gaat het wijzigingsvoorstel Drank- en horecawet naar de Tweede Kamer en start ZonMw de voorbereidingen voor een vierde preventieprogramma, waarin naast kennisontwikkeling vooral ondersteuning van de uitvoering centraal staat;
- preventie via de zorg versterken. Met de vergrijzing neemt het aantal mensen dat lijdt aan chronische ziekten verder toe. In mijn brief «Programmatische aanpak van chronische ziekten» van 13 juni 2008 (kamerstukken 31 200 XVI, nr. 155) is geschetst wat de ambities op dit gebied zijn. Belangrijk onderdeel van de aanpak gericht op het voorkomen van/of het verder verergeren van chronische ziekten is de curatieve zorg en preventie meer aan elkaar te verbinden. In deze lijn passen ook de pilots die zijn gepland voor 2009 om de beweegkuur, ondersteuning bij stoppen met roken, zelfmanagement chronische ziekten en depressiepreventie, mits budgettair inpasbaar, uiteindelijk in het basispakket op te nemen. Verder zal het Nationaal Actieprogramma Diabetes worden uitgevoerd;
- bestuurlijke vernieuwing realiseren waar dit nodig is: gebiedscongruentie tussen GGD'en en GHOR-regio's en de VWA gaat doelmatiger en effectiever toezicht houden.

In de verschillende operationele doelstellingen van dit artikel komen deze lijnen terug, evenals het onderwerp seksuele gezondheid en allochtonen, waarover op 4 juli 2008 een brief aan de Tweede Kamer is gestuurd (kamerstuk 29 200, nr. 12).

In september 2007 heeft het kabinet u een brief met daarin de belangrijkste beleidsvoornemens op het gebied van de medische ethiek toege-stuurd.

Belangrijke andere onderwerpen op het terrein van de medische ethiek zijn:

- Verbeteren van de abortushulpverlening en -registratie;
- Uitwerken standpunten op wetevaluaties, o.a. Embryowet en Wet op de Medische Keuringen;
- Medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen;
- Uitvoeren van het 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;
- effectueren van 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 de beleidsdoelen te bereiken, is samenwerking van belang met andere ministeries, gemeenten, het bedrijfsleven, scholen, werkgevers en werknemers, zorgverzekeraars en -aanbieders (beroepsgroepen), maatschappelijke organisaties en de sportsector.

Binnen de overheid 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 is een expertise- en regiecentrum voor de publieke gezondheid. Daartoe zijn er centra voor Infectieziektebestrijding, Bevolkingsonderzoek, Gezond Leven en Gezondheid en Milieu.
- De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) handhaaft de wettelijke regels voor alcohol, tabak, eet- en drinkwaren en consumentenproducten.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt onder meer toezicht op de volksgezondheid en de openbare gezondheidszorg.

Het nationale preventiebeleid is deels afhankelijk van ontwikkelingen in EU-verband of op mondiaal niveau.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

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

Beleidsartikelen/Artikel 41

Prestatie-indicatoren				
Indicator	1995	2000	2005	Streefwaarde lange termijn (2010)
Absolute levensverwachting in jaren:				
– mannen	74,6	75,6	77,2	≥ 78
– vrouwen	80,4	80,6	81,6	≥ 82
Waarvan jaren in goed ervaren gezondheid:				
		2001/2003	2004/2006	
– mannen		62,1	62,9	≥ 63,5
– vrouwen		61,7	62,2	≥ 62,7

Bron: CBS/Doodsoorzakenstatistiek (www.statline.nl). 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 «Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?» «goed» of «zeer goed» antwoordde.

Beide indicatoren worden jaarlijks geactualiseerd.

Toelichting:

Wij streven ernaar Nederland terug te brengen in de top vijf van Europese landen met de hoogste levensverwachting. Het kabinet wil er aan bijdragen dat de burger gezonder gaat leven, maar wel met inachtneming van het gegeven dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun leefstijl. 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 streefwaarden voor 2009 opgenomen, maar hebben gekozen voor een streefwaarde op langere termijn (2010 peildatum i.v.m. uitkomen van de nieuwe Volksgezondheid Toekomst Verkenningen). 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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplichtingen	584 788	599 954	585 039	629 409	617 612	616 203	616 533
Uitgaven	773 899	606 048	602 970	634 673	622 109	620 535	617 129
Programma-uitgaven	765 100	596 758	594 019	626 046	614 351	612 777	609 371
1 Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	29 530	48 776	44 468	44 065	39 016	39 016	39 016
2 Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel onveilige producten	79 312	81 679	80 110	77 187	71 099	71 099	71 099
3 Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen	5 363	5 170	4 587	4 587	4 587	4 587	4 587
4 De vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectie- en chronische ziekten	270 944	292 428	299 725	343 328	342 883	345 261	347 944
5 Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere volksgezondheid	366 846	153 754	150 530	142 396	142 497	139 498	133 410
6 Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek	13 105	14 951	14 599	14 483	14 269	13 316	13 315
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>8 799</i>	<i>9 290</i>	<i>8 951</i>	<i>8 627</i>	<i>7 758</i>	<i>7 758</i>	<i>7 758</i>
Ontvangsten	9 460	13 270	21 223	20 223	15 623	15 623	15 623

Beleidsartikelen/Artikel 41

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2009	2010	2011	2012	2013
1. <i>Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl</i>	44 468	44 065	39 016	39 016	39 016
– Juridisch verplicht	43 541	40 814	35 622	33 925	32 228
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	927	3 251	3 394	5 091	6 788
2. <i>Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten</i>	80 110	77 187	71 099	71 099	71 099
– Juridisch verplicht	79 922	76 144	69 638	69 115	68 592
– Bestuurlijk gebonden	0	415	415	415	415
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	188	628	1 046	1 569	2 092
3. <i>Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen</i>	4 587	4 587	4 587	4 587	4 587
– Juridisch verplicht	4 587	4 587	4 561	3 971	3 253
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	0	0	27	616	1 334
4. <i>De vermijdbare ziektelast neemt af door een goede bescherming tegen infectie- en chronische ziekten</i>	299 725	343 328	342 883	345 261	347 944
– Juridisch verplicht	298 672	338 470	336 979	336 022	338 469
– Bestuurlijk gebonden	0	1 200	1 200	1 200	1 200
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 053	3 658	4 704	8 039	8 275
5. <i>Er is een doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een beter volksgezondheid</i>	150 530	142 396	142 497	139 498	133 410
– Juridisch verplicht	149 469	40 339	38 782	37 667	30 931
– Bestuurlijk gebonden	0	100 341	100 831	97 877	97 389
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 061	1 716	2 884	3 954	5 090
6. <i>Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij het medisch wetenschappelijk onderzoek</i>	14 599	14 483	14 269	13 316	13 315
– Juridisch verplicht	14 085	2 297	1 755	1 768	1 977
– Bestuurlijk gebonden	0	11 212	11 212	11 212	11 212
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	514	974	1 302	336	126

Toelichting:

De bedragen die als «niet verplicht of bestuurlijk gebonden» zijn opgenomen zijn beleidsmatig gereserveerd voor uitgaven op het terrein van de volgende operationele doelstellingen:

- OD 1 Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl: uitgaven naar aanleiding van de hoofdlijnenbrief alcoholbeleid (kamerstuk 27 565, nr. 35), beleid gericht op het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik met een sterke focus op het Alcoholgebruik door jongeren, preventie van schadelijk drugsgebruik, preventie overgewicht en voeding.
- OD 4 Bescherming tegen infectie- en chronische ziekten: uitgaven naar aanleiding van de brief Programmatiese aanpak van chronische ziekten (kamerstuk 31 200 XVI, nr. 155), uitvoeren van het Nationaal Actieprogramma Diabetes en zelfmanagement chronische ziekten. Daarnaast voorlichting en implementatie op het gebied van International Health Regulations.
- OD 5 Doelmatige lokale preventieve gezondheidszorg: uitgaven ter uitvoering van de kaderbrief 2007–2011 Visie op gezondheid en preventie (kamerstuk 22 894, nr. 134) en voorbereiding op crisis en rampen.

Premie-uitgaven:

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Preventieve zorg (uitvoeren Rijksvaccinatieprogramma)	105,2	108,0	108,0	108,0	108,0	108,0	108,0
Ouder- en kindzorg	5,0	6,1					
Volksgezondheid onverdeeld			- 0,6	- 1,3	- 1,7	- 1,7	- 1,7
Totaal	110,2	114,1	107,4	106,7	106,3	106,3	106,3
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		3,5%	- 5,9%	- 0,7%	- 0,4%	0,0%	0,0%

Bron: VWS

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van volksgezondheid. Hierin zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Eerste suppletore wet 2008 en de Miljoenennota 2009 verwerkt. Voor 2008 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2009 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd. Het saldo van de beschikbare middelen en maatregelen, voorzover niet aan de afzonderlijke sectoren toegeedeeld, is opgenomen als onverdeeld.

● (P) Rijksvaccinatieprogramma

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) heeft tot doel de vaccinatie van alle kinderen in de leeftijdscategorie van 0 tot 9 jaar die in Nederland wonen. De ziekten waartegen gevaccineerd wordt zijn: difterie, kinkhoest, tetanus en polio (dktp), infectie met Haemophilus Influenzae type B (Hib), bof, mazelen en rodehond (bmr), meningokokken C infecties (Men C), en pneumokokken infecties. Zoals aangegeven in de brief van 8 juli 2008 zal het RVP, mits budgettair inpasbaar, met ingang van 2009 worden uitgebreid met de HPV-vaccinatie tegen baarmoederhalskanker voor meisjes van 12 jaar. Voorts is het de intentie voor de HPV-vaccinatie in 2009 een inhaalcampagne te laten plaatsvinden voor meisjes van 13 tot en met 16 jaar. Bij positief advies van de Gezondheidsraad willen we ook, mits budgettair inpasbaar, de vaccinatie tegen Hepatitis B invoeren.

Geraamde premie-uitgaven bij de belangrijkste premiegefinancierde prioriteiten

Premiegefinancierde prioriteiten (bedragen x € 1 000 000)							
	OD	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Opname Hepatitis B-vaccin in Rijksvaccinatieprogramma	41.3.4	pm	pm	pm	pm	pm	pm
Toevoeging HPV-vaccin aan Rijksvaccinatieprogramma (structurele kosten)	41.3.4	pm	pm	pm	pm	pm	pm
Toevoeging HPV-vaccin aan Rijksvaccinatieprogramma (inhaalcampagne)	41.3.4	pm	pm	pm	pm	pm	pm

Bron: VWS

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. Gemeenten, scholen, werkgevers, sportverenigingen, zorgverzekeraars en -aanbieders spelen ook een belangrijke rol. De gezondheidsbevorderende instituten in samenwerking met het Centrum Gezond Leven (CGL) bij het RIVM ondersteunen deze partijen door voorlichting te geven en leefstijlinterventies aan te bieden. Gezond leven wil het kabinet bevorderen door het roken te ontmoedigen, schadelijk alcoholgebruik te voorkomen, beweging te stimuleren, drugsgebruik tegen te gaan, gezonde voeding te promoten en overgewicht te bestrijden.

Instrumenten ten behoeve van het ontmoedigen van roken

Prestatie-indicatoren				
Indicator	2005	2006	2007	Streefwaarde 2009
Percentage niet-rokers ouder dan 15 jaar stijgt	72%	72%	72%	> 72%

Bron: Stivoro, continu onderzoek rookgewoonten. Deze indicator wordt jaarlijks gemeten.

Toelichting:

Uit de meting «Stoppen met roken» van TNS NIPO blijkt dat het aantal stoppogingen als gevolg van het rookverbod in de horeca per 1 juli 2008 stijgt.

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

Dit programma is in 2006 aan de Tweede Kamer aangeboden, mede namens de Nederlandse Hartstichting, het Astma Fonds en KWF Kankerbestrijding. Deze partijen maken jaarlijks een actieplan, met daarin de concrete activiteiten voor het daaropvolgende jaar. Het Actieplan 2009 zal naar verwachting eind 2008 gereed zijn.

- Rookvrije horeca

De handhaving capaciteit van de VWA is uitgebreid om toe te zien op de naleving van het op 1 juli 2008 in werking getreden rookverbod in de horeca (€ 1,8 miljoen).

- Proefimplementatie Ondersteuning stoppen met roken
In 2009 vindt het vervolg plaats van de in 2008 gestarte proefimplementatie Ondersteuning bij stoppen met roken (€ 0,4 miljoen).

Instrumenten ter bevordering van gezonde voeding en gezond leven

- Voedingsnota
Op 4 juli 2008 is de voedingsnota uitgekomen. Hierin zijn de doelstellingen van gezonde voeding verder toegelicht:
 - Het verbeteren van de kennis over borstvoeding. De meeste aandacht gaat hierbij uit naar vrouwen die hun kind geen of kort borstvoeding geven.
 - Het verhogen van de consumptie van groente, fruit en volkoren graanproducten, vooral bij personen die dit niet of nauwelijks consumeren. Hiermee wordt tegelijkertijd de vezelinname verhoogd.
 - Verder verlagen van de inname aan verzadigde vetzuren en transvetzuren.
 - Het verlagen van de inname aan zout, vooral door het verlagen van het zoutgehalte in levensmiddelen. Vanuit de industrie is aangegeven dat een gemiddelde verlaging van 20–30 procent haalbaar is.Het kabinet kiest daarbij voor methoden die aansluiten bij de eigen verantwoordelijkheid van mensen en van producenten.
- Monitoring
Uitgaande van de positieve trend naar gezondere voeding zoals beschreven in de Voedingsnota volgt de overheid de ontwikkelingen via voedselconsumptiepeilingen, statusonderzoek en monitoring van productsamenstelling (€ 2 miljoen). Deze drie instrumenten worden in samenhang met elkaar programmatisch gepland (jaarlijks). Deze gegevens kunnen ook een belangrijke functie hebben ten behoeve van voedselveiligheid (zie OD 41.3.2).
- Verbeteren van productsamenstelling via zelfregulatie
Door middel van afspraken tussen bedrijfsleven onderling en tussen bedrijfsleven en overheid wordt gewerkt aan productverbetering op het gebied van gebruik van gezondere vetten, minder zout, meer groente in levensmiddelen en betere beschikbaarheid van groente en fruit, bijvoorbeeld via de Taskforce Verantwoorde Vetzureau-samenstelling en de Taskforce Zoutreductie in Levensmiddelen.
- Onderzoeksprogramma Voeding en Gezondheid
Via ZonMw worden middelen beschikbaar gesteld voor een programma Voeding en Gezondheid (€ 0,4 miljoen).
- Stimuleren van gezond leven
Wij willen gezond leven stimuleren via opdracht- en subsidieverlening (€ 19 miljoen) aan:
 - RIVM/Centrum Gezond Leven dat zich richt op gezondheidsbevordering en ziektepreventie.
 - Subsidies verstrekken aan diverse gezondheidsbevorderende instellingen.
 - Programma Landelijke Leefstijlcampagnes uitvoeren via ZonMw.
 - Schoolpreventieprogramma voorlichting «De Gezonde school en Genotmiddelen».
 - Tot slot zal in 2009 de integratie van de programma's Smaaklessen

(LNV) en Schoolgruiten plaatsvinden conform het verzoek van de Tweede Kamer bij de begrotingsbehandeling 2007 van het ministerie van LNV.

- Inbreng Brusselse regelgeving

Door het voortzetten van de actieve Nederlandse inbreng op het gebied van etikettering, claims en verrijking wordt bevorderd dat de informatie over levensmiddelen helder is, zodat consumenten bewuster kunnen kiezen voor gezonde en veilige (zie OD 41.3.2) levensmiddelen en de administratieve lasten beperkt blijven (€ 0,2 miljoen).

- Uitvoering overgewichtbeleid

Eind 2008 zal een nota over overgewicht verschijnen (€ 1,8 miljoen).

Instrumenten ten behoeve van preventie van schadelijk alcoholgebruik

Prestatie-indicatoren			
Indicator	Waarde 2007	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2011
1. Het percentage mensen in algemene bevolking (12+), dat niet zwaar drinkt, stijgt	89,3%	–	91,1%
2. Het percentage 12-jarigen dat nog nooit alcoholhoudende drank heeft gedronken stijgt	44,3%	47%	50%
3. Het percentage 12 t/m 15 jarigen dat nog nooit alcoholhoudende drank heeft gedronken stijgt	25,6%	32%	38%

Bronnen:

1. Periodiek Onderzoek Leefstijl Situatie (POLS), Centraal Bureau voor de Statistiek;
2. Basiswaarde: Trimbos-instituut, Peilstation onderzoek scholieren 2007; in 2009 wordt de zogenoemde HBSC-meting gedaan, in 2010 worden deze cijfers gepubliceerd, in 2011 wordt het Peilstation onderzoek uitgevoerd (Jeugd en riskant gedrag), in 2012 worden deze cijfers gepubliceerd.
3. Basiswaarde: Trimbos-instituut, Peilstation onderzoek scholieren 2007; in 2009 wordt de zogenoemde HBSC-meting gedaan, in 2010 worden deze cijfers gepubliceerd; in 2011 wordt het Peilstation onderzoek uitgevoerd, in 2012 worden deze cijfers gepubliceerd.

Toelichting streefcijfer 12-jarigen:

De afgelopen 4 jaar is de prevalentie van het nooit-gebruik bij 12-jarigen met 15 procentpunten gestegen. In 2003 had maar 29% van de 12-jarigen nooit alcohol gedronken. Dit percentage is in 2007 gestegen naar 44,3%. De komende jaren zullen – naast de al lopende opvoedingscampagne – enkele belangrijke aanvullende beleidsmaatregelen doorgevoerd worden, zoals accijnsverhoging, reclamebeperking, intensivering handhaving en (na 2010) strafbaarstelling van jongeren en aanscherping van diverse bepalingen van de Drank- en Horecawet. De verwachting is dat al die maatregelen tot een stijging van circa 6 procentpunten in de prevalentie van nooit-gebruik bij 12-jarigen zullen leiden.

- Voorbereiden wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet (DHW)

De nieuwe maatregelen betreffen onder meer extra verordenende bevoegdheden voor gemeenten, wijzigingen van de verdeling van het toezicht, de introductie van een «experimenteerartikel», «vereenvoudiging vergunningstelsel» en strafbaarstelling van jongeren.

- Verscherpen toezicht controle leeftijdsgrenzen Drank en Horecawet (DHW)

In het Coalitieakkoord en bestuursakkoord met de VNG is vastgelegd dat op langere termijn het toezicht overgaat naar gemeenten. Er is door het ministerie van BZK een pilot gestart, waar VWS ook budget voor beschikbaar heeft gesteld. In 2009 zal de VWA starten met een tijdelijke intensivering van het toezicht (€ 3 miljoen).

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

Prestatie-indicatoren		
Indicator	Waarde 2005	Streefwaarde 2011 middellange termijn
Aantal problematische drugsverslaafden per 1 000 inwoners	3,1	3,1

Bron: jaarbericht 2005, Nationale Drug Monitor (GGZ Nederland).

Toelichting:

Definitie problematisch druggebruik: het gebruik van een middel op zo'n manier dat hierdoor lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan, of op zo'n manier dat maatschappelijke overlast ontstaat.

Het aantal problematisch drugsverslaafden in Nederland is al jaren stabiel. Het goede bereik van de verslavingszorg onder met name heroïneverslaafden draagt hieraan bij. Het aantal zal in de loop der jaren waarschijnlijk iets dalen doordat dit een «vaste» groep verslaafden is die verouderd.

- **Drugsevaluatie**

Tijdens het hoofdlijnen debat over het drugsbeleid op 6 maart 2008 (Handelingen TK 2007–2008, nr. 60, blz. 4213–4238 en 4240–4268) hebben de ministers van VWS en Justitie toegezegd een nieuwe interdepartementale drugsnota uit te brengen. Die zal in 2010 gereed zijn. Ter voorbereiding hiervan wordt het Nederlandse drugsbeleid geëvalueerd. De evaluatie wordt uitgevoerd door het Trimbosinstituut in samenwerking met het WODC.

- **Continueren van het kwaliteits- en innovatieprogramma «Resultaten Scoren»**

Hiermee willen we bewezen effectieve behandeling en best practices in de verslavingszorg doelmatig invoeren (€ 0,4 miljoen).

- **Continueren van het programma Risicogedrag en Afhankelijkheid via ZonMw**

Doel is meer zicht te krijgen op de omvang en achterliggende factoren van risicogedrag en afhankelijkheid ten behoeve van preventie en behandeling (€ 2 miljoen).

- **Heroïnebehandeling**

Continuering van het verstrekken van subsidies aan de gemeenten voor de behandeling met heroïne op medisch voorschrift voor therapieresistente verslaafden in een aantal steden (€ 15,2 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Specifieke uitkeringen	15 178	15 178	15 178	15 178	15 178
Heroïnebehandeling op medisch voorschrift	15 178	15 178	15 178	15 178	15 178
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	9 995	9 995	9 995	9 995	9 995
<i>Onder andere:</i>					
Trimbos	3 881	3 881	3 881	3 881	3 881
Stivoro	840	840	840	840	840
Jellinek	1 195	1 195	1 195	1 195	1 195
Stichting informatievoorziening Zorg (IVZ)	1 010	1 010	1 010	1 010	1 010
Projectsubsidies	9 783	10 637	6 588	6 588	6 588
<i>Onder andere:</i>					
Schoolpreventieprogramma voorlichting «De gezonde school en genotmiddelen»	540	540	540	540	540
Inbreng Brusselse regelgeving	200	200	200	200	200
Uitvoering overgewichtbeleid	1 784	1 553	855	780	780
Kwaliteits- en innovatieprogramma «Resultaten scoren»	350	250	250	250	250
Medische heroïnebehandeling	1 066	0	0	0	0
Preventie van schadelijk alcohol- en drugsgebruik	2 616	2 438	2 182	2 108	2 108
Preventie d.m.v. gezonde voeding	1 769	1 789	1 753	1 752	1 752
Opdrachten	557	200	200	200	200
<i>Onder andere:</i>					
Proefimplementatie ondersteuning stoppen met roken	393	0	0	0	0
Bijdragen aan baten-lastendiensten (totaal)	8 955	8 055	7 055	7 055	7 055
<i>Onder andere:</i>					
VWA: Rookvrije horeca	1 750	1 000	0	0	0
VWA: Verscherpen toezicht controle leeftijdsgrenzen DHW	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
RIVM: Monitoring Voedselconsumptiepeiling	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	44 468	44 065	39 016	39 016	39 016

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

Wij 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 een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken, zoals het zorg dragen voor een goede hygiëne bij de bereiding van levensmiddelen en het gebruiken van producten op een veilige en daartoe bestemde manier. Wij beschermen, via uitvoering door de VWA, de consument tegen gezondheidsrisico's waarop hij zelf weinig of geen invloed heeft om ze te voorzien en te voorkomen. Op het gebied van voeding en voedsel wordt op dossiers nauw samengewerkt tussen de ministeries van LNV en VWS, zodat op de thema's gezondheid, voedselkwaliteit en voedselveiligheid optimale synergie behaald kan worden. De Europese en nationale product-

wetgeving bepalen dat producenten en verhandelaren primair verantwoordelijk zijn voor het produceren en in de handel brengen van uitsluitend veilige producten en levensmiddelen.

Instrumenten ter bevordering van de voedselveiligheid

- Vaststellen van maximum toelaatbare gehalten residuen en verontreinigingen in Europees verband

Met Europese normstelling willen we voorkomen dat consumenten via voedsel te veel residuen van bestrijdingsmiddelen en verontreinigingen innemen. De inname door kwetsbare groepen, zoals kinderen, krijgt speciale aandacht. Een van de aandachtspunten voor 2009 is de Europese harmonisatie van regelgeving voor PCB's in levensmiddelen.

Instrumenten ter bevordering van de productveiligheid

- 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

Onze inzet betreft het geven van voorlichting aan brancheorganisaties en consumenten over de gewijzigde gevaarsetikettering van producten ter bescherming van de consument tegen risico's van chemische stoffen en het veilig omgaan door het bedrijfsleven met de chemische risico's van producten (€ 0,3 miljoen).

- Actief bijdragen aan een rijksbeleid voor nieuwe risico's, zoals nanotechnologie

In 2009 vindt de uitvoering plaats van het rijksbrede actieplan nanotechnologie. De doelstelling van VWS is het beschermen van de consument tegen de eventuele risico's van nanotechnologie in levensmiddelen en producten (€ 0,2 miljoen).

- Dierproeven

Met dit programma via ZonMw willen we dierproeven verminderen, vervangen en verfijnen. Daarnaast wordt een programmeringsstudie uitgevoerd met als doel het door de overheid gefinancierde lopend onderzoek in Nederland meer te kunnen stroomlijnen (€ 0,4 miljoen).

- Europees en internationaal

Doel is het veiligheidsniveau van producten waar nodig verder te verhogen en consumenten te beschermen tegen uiteenlopende risico's van producten waaraan zij kunnen worden blootgesteld (€ 0,25 miljoen). Inzet hierbij is ook de lasten voor het bedrijfsleven te verminderen. Het gaat in 2009 om het volgende:

- In samenwerking met het ministerie van EZ en de VWA bevorderen van veiligheid van producten uit niet EU-landen (o.m. China).
- Bijdragen aan vaststelling van de wijziging van de Europese Speelgoedrichtlijn. De wijziging van deze richtlijn zal het veiligheidsniveau van speelgoed verder verhogen.
- Aanpassen aan de stand van de wetenschap en waar mogelijk vereenvoudigen van Europese productveiligheidsrichtlijnen en backspaceverordeningen.

Beleidsartikelen/Artikel 41

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies	1 573	1 573	1 573	1 573	1 573
<i>Onder andere:</i>					
Stichting Voedingscentrum	1 509	1 509	1 509	1 509	1 509
Projectsubsidies	1 876	2 095	2 092	2 092	2 092
<i>Onder andere:</i>					
Bijdragen Europese «Global Harmonized System»-verordening	300	800	800	800	800
Nanotechnologie	200	200	200	200	200
Europees en internationaal	125	125	125	125	125
Consumentendatabank	220	220	220	220	220
Voedselinfecties/voedselveiligheid	395	395	395	395	395
Bijdragen aan baten-lastendiensten	75 946	72 804	66 719	66 719	66 719
Voedsel en Waren Autoriteit	75 946	72 804	66 719	66 719	66 719
Bijdragen aan ZBO's	100	100	100	100	100
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken	615	615	615	615	615
Bijdrage College Toelating Bestrijdingsmiddelen	300	300	300	300	300
Centraal Justitieel Incassobureau	315	315	315	315	315
Totaal	80 110	77 187	71 099	71 099	71 099

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.

In de periode 2001–2003 is een sterke daling opgetreden van het aantal Spoedeisende Hulp (SEH)-behandelingen voor ongevallen in de privé-sfeer. Na een aantal jaren waarin het aantal SEH-behandelingen stabiel bleef, is in 2006 echter een kentering opgetreden. Voorlopige cijfers geven de indruk dat deze trend zich in 2007 voortzet. Het ombuigen van deze ongunstige ontwikkeling rechtvaardigt de inspanning die op dit moment geleverd wordt.

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

Prestatie-indicatoren			
Indicator	2001	2005	Streefwaarde 2009
Aantal spoedeisende hulpbehandelingen in ziekenhuizen door privé-ongevallen en sportblessures	700 000	600 000	630 000

Bron: Letsel Informatie Systeem 2001–2006 (Consument en Veiligheid) en CBS

Toelichting:

Bij de streefwaarde is rekening gehouden met bevolkingsprognoses en demografische veranderingen, zoals de vergrijzing.

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. Dit betreft bijvoorbeeld het voorkomen van vallen door kinderen en ouderen door voorlichting over veiliger gedrag en het valveiliger maken van woningen. Ook onderzoekt de stichting het effect hiervan (€ 3,2 miljoen).
- Voortzetten van intensivering kosteneffectief beleid en versterken intersectorale aanpak
Doel is een daling van letsels door ongevallen, zelfverwonding en geweld. Door middel van subsidies wordt de public health aanpak verder geïntroduceerd in de domeinen van verkeer, arbeid en geweld en worden intersectorale interventies ontwikkeld, bijvoorbeeld lokale fietsveiligheidsprojecten (€ 1,2 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingssubsidies	3 253	3 253	3 253	3 253	3 253
Stichting Consument en Veiligheid	3 253	3 253	3 253	3 253	3 253
Projectsubsidies	1 334	1 334	1 334	1 334	1 334
<i>Onder andere:</i>					
Voortzetten van intensivering kosteneffectief beleid en versterken intersectorale aanpak	1 242	1 242	1 242	695	0
Totaal	4 587	4 587	4 587	4 587	4 587

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. Dat doen wij door:

- te zorgen voor een goede landelijke structuur ter bestrijding van

infectieziekten, diverse activiteiten op het gebied van infectieziektenbestrijding te financieren en te zorgen voor een goede voorbereiding op grote uitbraken van ziekten;

- het inrichten van een goede organisatie van en deelname aan vaccinatieprogramma's;
- internationaal afstemmen van voorbereidingen;
- het bevorderen van een goede organisatie van en deelname aan bevolkingsonderzoeken;
- het zorgen voor een goede structuur rondom de preventie van chronische ziekten. De aandacht ligt hierbij op (toekomstige) grote gezondheidsproblemen die veel leed en kosten met zich meebrengen. Met de vergrijzing neemt het aantal mensen dat lijdt aan chronische ziekten verder toe. In het kader van het verbinden van curatieve zorg en preventie wordt ingezet op het voorkomen of het verder verergeren van deze chronische ziekten (kamerstukken 31 200 XVI, nr. 155).

Instrumenten voor een goede structuur voor infectieziektebestrijding

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2004	2005	2006	2007	Streefwaarde 2009
Aantal opgespoorde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)					
a. Gonorrhoe	1 656	1 623	1 757	1 827	> 1 827
b. Chlamidia	5 105	5 988	7 085	7 801	> 7 801

Bron: RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding. De indicator wordt jaarlijks geactualiseerd

Toelichting:

Een opgespoorde seksueel overdraagbare aandoening (soa) is het startpunt voor behandeling. Het aantal soa's 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).

- **Opdrachtverlening aan het RIVM/Centrum voor infectieziektebestrijding**

Het RIVM/Centrum voor Infectieziektebestrijding heeft de volgende taken:

- coördinatie van de uitvoering op het gebied van infectieziektebestrijding en -onderzoek (€ 30 miljoen);
- soa en hiv in Nederland aanpakken via financiering van gezondheidsbevorderende instellingen die op dit terrein werken (€ 7,8 miljoen);
- opsporing en behandeling van soa en aanvullende eerstelijns seksualiteitshulpverlening (€ 21 miljoen).

- **Bevorderen seksuele gezondheid**

Om de seksuele gezondheid te bevorderen verlenen we subsidie aan diverse gezondheidsbevorderende instellingen (€ 7,3 miljoen) en wordt in opdracht van VWS een vijfjarig programma Seks voor je 25e door ZonMw uitgevoerd (€ 1 miljoen) en zal vanaf 2009 extra worden geïnvesteerd in voorlichting over seksualiteit aan allochtone jongeren (€ 1 miljoen).

Instrumenten voor een goede organisatie van en deelname aan vaccinatieprogramma's

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2003	2004	2005	2006	Streefwaarde 2009
Percentage deelname aan:					
a. griepvaccinatieprogramma	74,6%	74,6%	76,9%	74,5%	≥ 75%
b. rijksvaccinatieprogramma	95,1%	95,3%	95,8%	–	≥ 95%

Bronnen:

a. Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg: Monitoring griepvaccinatiecampagne 2006

b. RIVM (Vaccinatietoestand Nederland per 1 januari 2005)

Beide indicatoren worden jaarlijks geactualiseerd.

Toelichting

a. We handhaven het streefpercentage voor het griepvaccinatieprogramma op 75%. Door de uitbreiding van de doelgroep in 2008 is het onzeker of dit percentage gehaald wordt.

- Nationaal Programma Grieppreventie via de subsidieregeling Publieke Gezondheid

Doel van dit programma is om kwetsbare groepen (60+-ers en mensen met een risico-indicatie zoals longziekten, hart- of nieraandoeningen en diabetes mellitus) te beschermen tegen (de gevolgen van) griep (€ 49,4 miljoen).

- (P) Rijksvaccinatieprogramma (RVP) uitvoeren
Zie paragraaf 41.2 onder premie-uitgaven.

- Opdracht verlenen aan het Nederlands Vaccin Instituut
Op deze operationele doelstelling worden de opdrachten van VWS aan het Nederlands Vaccin Instituut geraamd (€ 40,5 miljoen). Zie verder de aparte paragraaf over de baten-lastendiensten van VWS.

Instrumenten voor een goede structuur rondom de preventie van chronische ziekten

Kengetallen				
Kengetal	1994	2000	2004	verwachting lange termijn (2010)
Aantal patiënten diabetes mellitus	306 000	414 000	609 000	> 850 000

Bron: RIVM/Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (de indicator wordt eind 2008 geactualiseerd).

Toelichting:

Dit zijn schattingen van het aantal patiënten met diabetes type 1 en type 2 samen. Deze schattingen van de jaarprevalentie zijn gemaakt op basis van vijf huisartsenregistraties.

Vanuit onderrapportage en toename van obesitas verwachten we de komende jaren een forse toename van het aantal patiënten.

- Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD)

Dit nieuwe vierjarige programma heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het terugdringen van de groei van het aantal diabetespatiënten en het verminderen van de complicaties (€ 2,5 miljoen).

- Preventieprogramma uitvoeren via ZonMw

De kern van de eerdere preventieprogramma's was de kennis over (kosten)effectieve preventie en de toepassing ervan te vergroten en vernieuwende en kansrijke (kosten)effectieve preventie-mogelijkheden te ontwikkelen. In juni 2008 is opdracht gegeven voor de ontwikkeling van het 4e preventieprogramma. In dit programma dient ZonMw invulling te geven aan de visie op preventie (kamerstukken 22 894, nr. 134) en een bijdrage te leveren aan het versterken van de preventiecyclus: Dit is een vierjarige cyclus waarmee specifieke doelstellingen en uitvoering van het Nederlandse gezondheidsbeleid worden vastgelegd, uitgevoerd en bijgesteld. Voor het 4e preventieprogramma is naast kennisontwikkeling, vooral ondersteuning van de uitvoering het uitgangspunt.

- Programma diseasemanagement chronische ziekten via ZonMw

Bij diseasemanagement wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding. Ook vroege opsporing en preventie bij mensen met een verhoogd risico op chronische ziekten en zelfmanagement maken er deel van uit. Het doel van dit programma is kennis te verzamelen over diseasemanagement bij chronische aandoeningen en ervaring op te doen met de toepassing ervan in de praktijk. Dit programma kent ook een praktijkdeel waarin multidisciplinaire transmurale zorggroepen ondersteund en gevolgd worden die gaan werken volgens de diseasemanagement aanpak (€ 1,2 miljoen). Het programma loopt tot en met 2012.

- Interventiestrategieën chronische ziekten

Het aantal mensen met chronische ziekten zal in de komende jaren fors toenemen. In 2009 worden daarom de volgende preventieve interventies en proefimplementaties (verder) ontwikkeld (voor depressiepreventie en zelfmanagement chronisch ziekten is € 1,9 miljoen beschikbaar):

- Beweging. Deze interventie moet medisch noodzakelijke beweging stimuleren (zie artikel 46, onder de eerste OD).
- Depressiepreventie. Deze interventie is bedoeld om mensen met depressieve klachten via ICT en/of in groepsverband op een laagdrempelige manier vroegtijdig te helpen om te voorkomen dat deze mensen in een depressie terecht komen.
- Zelfmanagement chronische ziekten. Het gaat hier om een programatisch aanbod om chronische patiënten beter in staat te stellen hun eigen ziekte te managen. Als effectief zelfmanagement beschikbaar is, moet dit onderdeel worden van de zorgstandaarden. Een voorbeeld hiervan is een zelfmanagement module voor de diabetes zorgstandaard.

Bekeken wordt of de drie hierboven genoemde interventiestrategieën, naast ondersteuning bij stoppen met roken (OD 41.3.1), kunnen worden opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeraars. Voorwaarde hiervoor is dat de kosteneffectiviteit bewezen wordt en het budgettair inpasbaar is. Om deze reden worden de pilots de komende jaren voortgezet.

Instrumenten voor een goede organisatie van en het bevorderen van deelname aan bevolkingsonderzoeken

Prestatie-indicatoren				
Indicator	2001	2003	2006	Streefwaarde 2009
Percentage deelname aan bevolkingsonderzoeken en screenings:				
a. bevolkingsonderzoek borstkanker	78,7%	80,8%	81,9%	≥ 80%
b. bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	62,0%	66,0%	66,0%	≥ 66%
c. hielprik	–	99,8%	99,9%	≥ 99%

Bronnen:

1. Landelijk Evaluatie Team voor Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (LETB)
2. Landelijke Evaluatie van het Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker (LEBA): kritische kengetallen bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2006
3. RIVM: Zorgbalans-2008

- Uitvoeren van bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's via de subsidieregeling Publieke Gezondheid

Onze inzet betreft 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 (€ 96,2 miljoen). Het RIVM/Centrum voor Bevolkingsonderzoek voert de bekostiging, landelijke aansturing en coördinatie uit (€ 15,7 miljoen).

- Verkennen van (kosten)effectiviteit voor grootschalig bevolkingsonderzoek darmkanker

Het doel is om te bezien of een bevolkingsonderzoek naar darmkanker kosteneffectief is (kamerstukken 22 894, nr. 85).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies / Structurele subsidies	10 756	10 756	10 756	10 756	10 756
Instellingen op het terrein van de preventie van chronische ziekten	1 545	1 545	1 545	1 545	1 545
Instellingen die de seksuele gezondheid bevorderen	7 314	7 314	7 314	7 314	7 314
Dwangopname TBC-patiënten	1 029	1 029	1 029	1 029	1 029
WHO Kopenhagen: Contributie IARC	868	868	868	868	868
Projectsubsidies	10 531	12 194	9 408	10 719	8 275
Nationaal Actieprogramma Diabetes	2 500	2 500	2 500	2 500	0
Depressiepreventie en zelfmanagement van chronisch zieken	1 900	3 900	0	0	0
Preventie en bestrijding van infectieziekten	5 410	5 289	6 139	6 429	6 429
Preventie Chronische Ziekten	721	505	769	1 790	1 846
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
ZonMw-programmering	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
Bijdragen aan baten-lastendiensten	277 238	319 178	321 519	322 586	327 713
<i>Onder andere:</i>					
RIVM/Opdrachtverlening Centra:					
– Centrum infectieziektebestrijding	30 006	29 479	29 479	29 479	29 479
– Centrum bevolkingsonderzoek	15 682	15 418	13 418	10 118	10 118
– Centrum Gezondheid en Milieu	2 384	2 342	2 342	2 342	2 342
RIVM/Uitvoering subsidieregeling Publieke Gezondheid:					
– Bevolkingsonderzoek naar borstkanker	46 953	47 823	52 092	53 059	54 026
– Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	28 585	28 621	28 329	28 086	27 959
– Nationaal programma grieppreventie	50 363	51 201	51 985	52 731	53 517
– Pre- en postnatale screening bij zwangeren en pasgeborenen	18 578	18 497	17 921	17 885	17 864
– Screening op Familiaire hypercholesterolemie	2 100	2 100	1 830	1 000	500
– Soa-bestrijding/ Seksualiteitshulpverlening	20 956	19 083	19 083	19 083	19 083
RIVM/Ontwikkelingen technologie/demografie	12 044	21 977	27 397	31 174	35 213
RIVM/Uitvoering subsidieregeling VWS-subsidies	7 829	7 829	7 829	7 829	7 829
Nederlands Vaccin Instituut (NVI)	40 462	70 045	65 218	65 218	65 218
Totaal	299 725	343 328	342 883	345 261	347 944

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. Een keten van preventie en zorg die goed op elkaar aansluit is daarbij essentieel. Wij vullen deze verantwoordelijkheid in door:

- het bevorderen van effectieve landelijke, regionale en lokale voorzieningen van OGZ;
- het verbeteren van de paraatheid van zorgvoorzieningen voor grootschalig optreden bij crises en rampen.

Instrumenten voor effectieve landelijke, regionale en lokale voorzieningen van OGZ

Prestatie-Indicatoren				
Indicator	2004 (februari)	2005 (september)	2007	Streefwaarde lange termijn (2011)
Percentage gemeenten met een:				
– 1e nota gezondheidsbeleid	59%	87%	99%	–
– 2e nota gezondheidsbeleid	–	–	14%	100%

Bron: RIVM/Nationale Atlas Volksgezondheid

Toelichting:

Met het uitkomen van preventienota «Kiezen voor gezond leven» (oktober 2006) zijn de gemeenten gestart met het opstellen van hun 2e nota lokaal gezondheidsbeleid.

- 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, zoals opgenomen in de Wet collectieve preventie volksgezondheid/Wet Publieke Gezondheid, grotendeels uit.
- Versterken openbare gezondheidszorg
Er komt een nieuw vierjarig innovatieprogramma om lokale bestuurders/ gemeenten meer te betrekken bij het lokaal gezondheidsbeleid en om de openbare gezondheidszorg te verbeteren. Het programma moet meer samenhang brengen tussen diverse trajecten. Hierdoor kunnen de betrokken partijen hun activiteiten meer op elkaar afstemmen, samen optrekken waar dat nodig is en kunnen dubbele activiteiten worden voorkomen. Dit vraagt om een meerjarige programmatische aanpak en een actieve bijdrage van alle partijen, zowel op landelijk als lokaal niveau. Meer coördinatie en afstemming dragen ook bij tot het optimaliseren van de totale overheidsinzet met betrekking tot gezondheidsbevordering.
- Actieplan Krachtwijken
Het verminderen van gezondheidsproblemen in de aandachtswijken door samen met gemeenten, de eerstelijnszorg en de GGD'en een programmatische aanpak voor de concrete gezondheidsproblemen in de wijk te ontwikkelen. Een aantal activiteiten wordt samen met de Minister voor Wonen, Wijken en Integratie (WWI) uitgevoerd. In een aantal wijken komt een experiment «Gezonde wijk». Deze experimenten worden onder meer ingevuld op het gebied van geïntegreerde zorg, sport en bewegen en voeding.
- Financiering van tolk- en vertaalcentrum voor gezondheidszorg
Hiermee willen we tolken en vertalers beschikbaar kunnen stellen wanneer dat nodig is (€ 10,8 miljoen).

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

Prestatie-Indicatoren		
Indicator	Waarde 2007 (mei)	Streefwaarde lange termijn (2010)
Congruentie GGD'en/GHOR met veiligheidsregio's	68%	100%

Bron: SGBO (de indicator wordt in 2008 geactualiseerd)

Toelichting:

Het betreft hier de congruentie van de buitengrenzen van de GGD'en met de veiligheidsregio's.

Dit betekent dat de buitengrenzen van GGD'en gelijk zijn aan de buitengrens van één veiligheidsregio.

- De Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)
De GHOR opereert ten behoeve van het bestuur van de veiligheidsregio 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. Ook wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering en borging van de GHOR.
- CBRN weerstandsverhoging
Doel is het nemen van weerstandsverhogende maatregelen gericht op het verminderen of voorkomen van de kans dat personen of groeperingen zich ongewenst toegang verschaffen tot chemische, biologische, radioactieve en/of nucleaire agentia (€ 11,3 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies	3 394	3 394	3 394	3 394	3 394
<i>Onder andere:</i>					
Stichting Pharos	3 004	3 004	3 004	3 004	3 004
Projectsubsidies	6 403	5 169	5 090	5 090	5 090
Algemeen en strategisch gezondheidsbeleid	2 123	1 088	511	511	511
Preventie en zorg voor Specifieke doelgroepen	829	630	1 128	1 128	1 128
Voorbereid zijn op crisis en rampen	3 451	3 451	3 451	3 451	3 451
Opdrachten	10 750	10 750	10 750	10 750	10 750
Financiering tolk- en vertaalcentrum gezondheidszorg	10 750	10 750	10 750	10 750	10 750
Bijdragen aan baten-lastendiensten	22 641	22 742	22 432	22 387	16 787
RIVM: Opdrachtverlening programma's volksgezondheid	11 341	11 442	11 132	11 087	11 087
RIVM/NVI: CBRN Weerstandsverhoging	11 300	11 300	11 300	11 300	5 700
Bijdragen aan ZBO's	107 342	100 341	100 831	97 877	97 389
ZonMw: Programmering	105 619	98 618	99 108	96 154	95 666
ZonMw: Overhead	1 723	1 723	1 723	1 723	1 723
Totaal	150 530	142 396	142 497	139 498	133 410

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

We willen patiënten/cliënten en proefpersonen beschermen bij de voortschrijding van ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De beleidsbrief Ethiek van 7 september 2007 bevat de beleidsuitgangspunten en activiteiten van ethiek in de komende periode (kamerstuk 30 800 XVI, nr. 183).

Instrumenten

- **Verbeteren van de abortushulpverlening en -registratie**
Doel is het verbeteren van de hulpverlening aan vrouwen die ongewenst zwanger zijn door onder meer het verbeteren van de opleiding van hulpverleners, het ondersteunen van de richtlijnontwikkeling voor abortusartsen en een onderzoeksprogramma bij ZonMw (€ 1 miljoen).
- **Medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen**
Doel is het vergroten van kennis op het terrein van medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen, en in het bijzonder met minderjarigen, naar aanleiding van vragen uit de praktijk.
- **Uitvoeren van het onderzoeksprogramma Ethiek en Gezondheid via ZonMw**
Het doel is het vergroten van nieuwe en belangwekkende kennis en inzichten in ethiek in de (gezondheids)zorg en de zorgverlening (€ 0,8 miljoen).
- **Bijdrage aan de baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)**
Deze bijdrage is nodig voor het beheer van regionale toetsingscommissies Euthanasie en de centrale deskundigheidscommissie Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen. Ook fungeert het CIBG als aanspreekpunt voor k.i.d.-kinderen (kunstmatige inseminatie met donorzaad), ouders en artsen, indien zij vragen hebben over het register donorgegevens kunstmatige bevruchting (€ 1,3 miljoen).
- **Rijksbijdrage aan het CVZ (€ 11,2 miljoen)**
Hiermee leveren we een bijdrage aan de financiering van abortusklinieken.

Beleidsartikelen/Artikel 41

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Projectsubsidies	2 067	1 951	1 737	784	783
Verbeteren van de abortushulpverlening en -registratie	1 000	1 000	1 000	0	0
Beleid Medische Ethiek	1 067	951	737	784	783
Bijdragen aan baten-lastendiensten	1 320	1 320	1 320	1 320	1 320
CIBG: Uitvoeringstaken Medische Ethiek	1 320	1 320	1 320	1 320	1 320
Bijdragen aan ZBO's	11 212	11 212	11 212	11 212	11 212
CVZ: Rijksbijdrage financiering abortusklinieken	11 212	11 212	11 212	11 212	11 212
Totaal	14 599	14 483	14 269	13 316	13 315

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	Beleidsdoorlichting Voedselveiligheid	41.3.2	A 2008 B 2009
Effectonderzoek ex post	Effectmetingen van interventies m.b.t. overgewicht	41.3.1	A 2006 B 2010
Overig evaluatieonderzoek	Monitoren van alcoholbeleid	41.3.1	A 2009 B 2010
	Centrum Infectieziektebestrijding	41.3.4	A 2008 B 2009
	Aanvullende curatieve soa-bestrijding	41.3.4	A 2008 B 2009
	Nederlands Vaccin Instituut	41.3.4	A 2008 B 2009
	Tolk- en vertaalcentrum voor gezondheidszorg	41.3.5	A 2008 B 2009
	Wetsevaluaties ethische wetgeving: o.a. Embryowet en Wet op de Medische Keuringen	41.3.6	A 2008 B 2011

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
2009

Belangrijkste beleidsonderwerpen in 2009

In dit artikel wordt het beleid inzake de curatieve zorg verwoord. Om de algemene doelstelling te realiseren zal het kabinet zich in 2009, in lijn met de kabinetsdoelstellingen in het Beleidsprogramma «Samen werken, samen leven 2008–2011», sterk maken om de volgende doelstellingen te realiseren:

- het vergroten van zorgbrede transparantie, waaronder het mogelijk maken dat burgers op www.kiesbeter.nl voor 80 aandoeningen zien welke kwaliteit de ziekenhuizen bieden (Kabinetsdoelstelling 45b);
- het wettelijk vastleggen van de positie van de cliënt (Kabinetsdoelstelling 45d);
- het uitvoeren van het veiligheidsprogramma «voorkom schade, werk veilig» om de vermijdbare schade, inclusief vermijdbare sterfte, in de ziekenhuizen te laten dalen met 50% in 2012. (Kabinetsdoelstelling 45a) en het in gang zetten van veiligheidsprogramma's in de eerstelijns gezondheidszorg en de curatieve GGZ;
- het stimuleren van innovatie in de zorg (Kabinetsdoelstelling 46).

Kwaliteit en veiligheid van de zorg zijn, naast bovengenoemde kabinetsdoelstellingen, belangrijke aandachtspunten in het beleid van VWS. Het stimuleren hiervan wordt breed opgepakt, onder andere door:

- de ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden voor beroepsgroepen en het oprichten van een regieorgaan dat de richtlijnontwikkeling zal stimuleren (OD 42.3.2);
- het bevorderen van de transparantie door ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en de consumer quality index (OD 42.3.1 en OD 43.3.1);
- het verbeteren van het functioneren van het zorgstelsel door de verdere implementatie van prestatiebekostiging van ziekenhuizen (OD 42.3.2); het zogenoemde B-segment wordt uitgebreid tot circa eenderde deel van de productie; ziekenhuizen krijgen hierdoor meer vrijheid voor een doelmatige bedrijfsvoering en verzekeraars kunnen beter concurreren op doelmatigheid en kwaliteit;
- het opnemen van preventieve interventiestrategieën in het basispakket wanneer deze kosteneffectief en budgettair inpasbaar zijn (OD 42.3.3);
- de implementatie van de Langetermijnvisie Geneesmiddelenvoorziening (OD 42.3.3);
- de implementatie van het Masterplan Orgaandonatie. Het Masterplan Orgaandonatie bevat voorstellen voor de kwaliteit van donorwerving, uitname van organen en transplantatie. Het is de bedoeling dat het aantal donoren met 25 procent omhoog gaat (OD 42.3.2).

Verbeteren van kwaliteit en veiligheid in de zorg zal gepaard gaan met zo min mogelijk administratieve lasten voor zorginstellingen en -professionals. Onduidelijk is op dit moment nog wat de gevolgen van het beleid exact zullen zijn voor administratieve lasten voor zorginstellingen en -professionals. Voor zover de invoering van het beleid additionele administratieve lasten met zich meebrengt, zal VWS bezien in hoeverre deze extra regeldruk zo beperkt mogelijk kan worden gehouden en naar compensatie zoeken voor de extra administratieve lasten.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor:

- het scheppen van randvoorwaarden om de kwaliteit, de toegankelijkheid, de veiligheid en de betaalbaarheid van de curatieve zorg te waarborgen voor de burger;
- het versterken van de positie van de patiënt, zodat deze in staat is om zijn rol als zorgconsument te vervullen;
- het scheppen van randvoorwaarden om het innoverend vermogen van de gezondheidszorg te waarborgen;
- een goed werkend stelsel, waarin zorgverzekeraars in staat worden gesteld een betaalbaar verzekerd pakket aan te bieden.

Externe factoren

Externe factoren

Het behalen van de algemene doelstelling van dit artikel hangt af van een goed samenspel van veel actoren: zorgprofessionals, cliënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en toezichthouders.

Wij stimuleren hen deze rol in te vullen onder meer door het zorgstelsel te moderniseren, zodanig dat het prikkelt tot kwaliteitsverbetering, innovatie en doelmatigheid. Verder stimuleren wij hen door het verlenen van subsidies, het verspreiden van goede voorbeelden, het verrichten van onderzoek en het leveren van bijdragen (in middelen en door medewerking) aan projecten in de zorg. De prikkels en programma's versterken elkaar.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Wij monitoren de prestaties van het stelsel met de Zorgbalans (zie hiervoor www.rivm.nl). De Zorgbalans schetst aan de hand van ongeveer honderd indicatoren een beeld van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Ook geven de volgende evaluaties inzicht in de werking van het gezondheidszorgstelsel: evaluatie Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) en de Wet op de Zorgtoeslag.

42.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplichtingen	5 851 877	7 069 276	7 169 887	7 726 340	8 141 103	8 514 657	8 994 060
Uitgaven	5 713 082	6 794 680	7 170 217	7 725 789	8 138 415	8 514 657	8 994 060
Programma-uitgaven	5 705 269	6 786 310	7 162 160	7 717 787	8 130 826	8 507 068	8 986 471
1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	0	1 446	1 382	1 312	1 620	930	930
2. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren	898 231	1 202 471	1 234 576	1 256 993	1 268 514	1 240 829	1 231 113
3. Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket voor noodzakelijke zorg aan	4 807 038	5 582 393	5 926 202	6 459 482	6 860 692	7 265 309	7 754 428
Apparaatsuitgaven	7 813	8 370	8 057	8 002	7 589	7 589	7 589
Ontvangsten	187 103	44 062	32 942	40 784	26 859	6 806	6 806

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2009	2010	2011	2012	2013
1. <i>De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt</i>	1 382	1 312	1 620	930	930
– Juridisch verplicht	1 051	912	920	930	930
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	331	400	700	0	0
2. <i>Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burgers gewenste zorgaanbod te realiseren</i>	1 234 576	1 256 993	1 268 514	1 240 829	1 231 113
– Juridisch verplicht	1 191 357	1 166 412	1 156 464	1 095 474	1 094 103
– Bestuurlijk gebonden	39 551	75 238	97 292	124 879	115 923
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	3 668	15 343	14 758	20 476	21 087
3. <i>Zorgverzekeraars bieden alle burgers een betaalbaar verzekerd pakket van noodzakelijke zorg aan</i>	5 926 202	6 459 482	6 860 692	7 265 309	7 754 428
– Juridisch verplicht	5 920 772	6 453 946	6 854 996	7 260 349	7 749 468
– Bestuurlijk gebonden	1 407	888	838	813	813
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	4 023	4 648	4 858	4 147	4 147

Toelichting

De bedragen die als «niet juridisch verplicht of bestuurlijk gebonden» zijn opgenomen zijn beleidsmatig gereserveerd voor uitgaven op het terrein van de volgende operationele doelstellingen.

Operationele doelstelling 2:

- Voor de instandhouding en beheer van de data Psychiatrische Casus Registers (PCRs) is een budget gereserveerd. PCRs zijn registers, verbonden aan universiteiten, die data bevatten en analyses geven over het ggz-zorgverbruik van individuele patiënten uit de Zvw en de AWBZ in een bepaalde regio. Op termijn zal deze informatie uit het DIS beschikbaar moeten komen, maar tot die tijd zijn de PCR's van belang.
- Wet BOPZ: er is budget gereserveerd voor opstarten van pilots voor het uittesten van verschillende varianten van de commissie zorg en dwang. Deze commissie wordt een belangrijke actor in de nieuwe wettelijke regeling die de huidige wet BOPZ moet vervangen.
- Kwaliteit, Innovatie en Patiënten GGZ: in 2008 is gestart met een plan van aanpak voor een versnellingsprogramma kwaliteit, veiligheid en innovatie. Doel is om door middel van best practices en het delen van kennis en ervaringen, de transparantie in de GGZ te vergroten en structurele verbeteringen te bevorderen op de thema's patiënt-veiligheid, logistiek en klantgerichtheid.
- Voor de uitvoering van de motie Voordewind (Kamerstuk 31 200 XVII, nr. 22a) is het Actieplan preventie zelfdoding ontwikkeld dat in 2009 verder zal worden uitgevoerd.
- Voor het genereren, verzamelen, verspreiden en toepassen van kennis op het gebied van geestelijke gezondheid en verslaving is een Masterplan ontwikkeld door het Trimbos Instituut. Concrete producten zijn bijvoorbeeld drie monitors, preventiemateriaal en protocollen voor behandeling.

Operationele doelstelling 3:

- Het niet verplichte deel of bestuurlijk gebonden bedrag van operationele doelstelling 3 is gereserveerd voornamelijk voor activiteiten ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de DBC's, communicatie, monitoring en ondersteuning bij de verdere invoering van de

Beleidsartikelen/Artikel 42

DBC's. Deze activiteiten maken onderdeel uit van de brief «Waardering II» (Kamerstukken 2007–2008, 29 248, nr. 47).

Premie-uitgaven:

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Extramurale zorg	3 626,0	3 862,3	3 953,7	4 000,6	4 047,4	4 049,6	4 052,1
Huisartsen en gezondheidscentra	2 086,8	2 144,1	2 170,2	2 179,8	2 186,2	2 186,2	2 186,2
Tandheelkunde en tandheelkundige specialistische zorg	640,4	754,7	757,0	757,0	757,0	757,0	757,0
Paramedische hulp	494,2	496,1	524,0	525,4	526,8	528,2	529,6
Verloskunde en kraamzorg	364,6	421,5	424,0	425,0	425,7	425,3	426,4
Dieetadvisering	40,0	41,6	41,6	41,6	41,6	41,6	41,6
Extramurale zorg onverdeeld		4,3	36,9	71,8	110,1	111,3	111,3
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief	15 619,6	16 233,2	16 787,8	17 346,9	17 918,0	17 953,8	17 979,1
Algemene en categorale ziekenhuizen	10 053,4	10 558,4	10 599,9	10 662,4	10 756,6	10 759,5	10 763,0
Academische ziekenhuizen	3 096,2	3 260,9	3 285,5	3 304,9	3 324,7	3 344,8	3 365,5
Medisch specialisten	1 984,2	1 891,3	1 888,2	1 888,4	1 888,6	1 888,6	1 888,6
Overig curatieve zorg	485,8	522,6	522,6	522,9	522,9	522,9	522,9
Ziekenhuizen, medisch specialisten en overig curatief onverdeeld			491,6	968,3	1 425,2	1 438,0	1 439,1
Ziekenvervoer	475,7	541,1	526,3	537,7	543,5	543,7	543,7
Ambulancevervoer	367,2	428,1	408,1	414,1	414,1	414,1	414,1
Overig ziekenvervoer	108,5	113,0	113,1	113,1	113,1	113,1	113,1
Ziekenvervoer onverdeeld			5,1	10,5	16,3	16,5	16,5
Genees- en hulpmiddelen	6 240,6	6 510,3	6 660,0	7 076,4	7 520,2	7 531,1	7 529,8
Farmaceutische hulp	5 053,7	5 216,2	5 327,2	5 666,6	6 057,1	6 068,2	6 068,2
Hulpmiddelen	1 186,9	1 294,1	1 332,8	1 409,8	1 463,1	1 462,9	1 461,6
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg		3 074,6	3 168,4	3 303,5	3 428,6	3 444,2	3 456,4
Geneeskundige GGZ door instellingen		2 885,0	2 883,0	2 911,6	2 922,2	2 933,8	2 946,0
Geneeskundige GGZ door vrijgevestigden		159,4	159,4	159,4	159,4	159,4	159,4
Geneeskundige GGZ onverdeeld		30,2	126,0	232,5	347,0	351,0	351,0
Grensoverschrijdende zorg	448,3	481,3	499,7	519,2	540,6	541,2	541,2
Subsidies gezondheidszorg	29,7	20,0					
Totaal	26 439,9	30 722,8	31 595,9	32 784,3	33 998,3	34 063,6	34 102,3
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		16,2%	2,8%	3,8%	3,7%	0,2%	0,1%

Bron: VWS

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 2008 en de miljoenennota 2009 verwerkt. Voor 2008 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2009 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

Op dit artikel is vanaf 2008 de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) opgenomen, deze is overgeheveld van artikel 43 Langdurige zorg in

verband met het onderbrengen van de geneeskundige ggz onder de Zvw. De jeugd-GGZ valt onder de inhoudelijke verantwoordelijkheid van de minister voor Jeugd & Gezin.

Geraamde premie-uitgaven bij de belangrijkste beleidsprioriteiten

Premiegefinancierde prioriteiten (bedragen x € 1 000 000)							
	OD	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mobiel medisch team	42.2.2		5,4	5,4	5,4	5,4	5,4
Ambulances	42.2.2		12,0	18,0	18,0	18,0	18,0
Bereikbaarheid huisartsenzorg en acute zorg	42.3.2		2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
Preventieve interventies in het basispakket	42.3.3		-	25,9	37,9	50,0	50,0
Diagnostiek en behandeling dyslexie in het basispakket	42.3.3		27,9	29,3	30,7	32,1	33,5
Geneeskundige GGZ in de Zvw	42.3.3		-	-	-	-	-
Benzodiazepinen uit het basispakket	42.3.3		- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0
Pakketmaatregelen hulpmiddelen	42.3.3		- 22,0	- 23,1	- 24,3	- 25,5	- 26,8
Aanscherpen vergoeding cholesterolverlagers	42.3.3		- 32,0	- 65,0	- 97,0	- 97,0	- 97,0
Aanspraak geneesmiddelen en hulpmiddelen	42.3.3		-	pm	pm	pm	pm
Bekostiging apotheekhoudenden	42.3.3		pm	pm	pm	pm	pm
Prestatiebekostiging ziekenhuizen	42.3.3		n.v.t. ¹	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Huisartsen	42.3.3		pm	pm	pm	pm	pm
Verbetering kwaliteit methadonbehandeling	42.3.3	7,5	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
<i>ontvangsten</i>							
Verplicht eigen risico (uitbreiding compensatieregeling)			2,5	2,6	2,7	2,9	3,1

Bron: VWS

¹ Met dit beleidsvoornemen zijn geen intensiveringen en extensiveringen gemeoid.

42.3 Operationele doelstellingen

Er zijn drie operationele doelstellingen op het gebied van de gezondheidszorg:

1. de positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt;
2. zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren;
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 versterking van patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties in staat stellen de keuze van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar te baseren op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit prikkelt de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars veilige, effectieve en klantgerichte zorg te leveren c.q. in te kopen. Wij realiseren dit door:

- transparante informatievoorziening voor burgers;
- verbeteren van de rechtspositie van burgers in het zorgstelsel.

Instrumenten voor een transparante informatievoorziening

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Ultimo 2007	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2010	Streefwaarde 2011
Voor 80 aandoeningen kunnen burgers op www.kiesbeter.nl zien welke kwaliteit ziekenhuizen bieden	6	24	48	80

Bron: IGZ, bureau Zichtbare Zorg, Het resultaat telt (jaarlijkse meting)

Toelichting:

In het beleidsverslag VWS 2007 was per abuis een verkeerd aantal opgenomen, namelijk 16 i.p.v. 6. Dit is hier gecorrigeerd.

- **Zorgbrede Transparantie (Kabinetsdoelstelling 45b)**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft het projectbureau Zichtbare Zorg, voorheen Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZbTK), opgericht dat samenwerkingsverbanden van veldpartijen (stuurgroepen) in iedere sector inhoudelijk ondersteunt en zorgt voor regie bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Hiervoor is een website ingericht (www.zichtbarezorg.nl) waarop de actuele ontwikkelingen op het terrein van transparantie worden getoond. Vanaf 1 januari 2009 is het voor alle ziekenhuizen mogelijk om voor 24 aandoeningen de zorginhoudelijke indicatoren te gaan meten en registreren. Naar verwachting kunnen burgers deze informatie eind 2009 raadplegen op www.kiesbeter.nl. Dit betreft zorgbreed beleid. Voor een verdere toelichting en de geraamde middelen, zie artikel 43, onder OD 1.

- **Maatschappelijke Verantwoording**

Via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording leggen zorginstellingen jaarlijks verantwoording af over het voorgaande jaar. Dit betreft zorgbreed beleid. Voor een verdere toelichting en geraamde middelen, zie artikel 43 onder OD 1.

Instrumenten ter verbetering van de rechtspositie van de burger

- **Rechten van cliënten en patiënten (Kabinetsdoelstelling 45d)**

Deze kabinetsperiode worden de rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders wettelijk vastgelegd. Dit betreft zorgbreed beleid. Voor een verdere toelichting, zie artikel 43 onder OD 1.

- **Versterken rechtspositie van cliënten en patiënten door toepassing geschilbeslechting**

Het kabinet hecht aan een snelle en effectieve behandeling van signalen, klachten en geschillen binnen de zorginstelling. Dit betreft zorgbreed beleid. Voor een verdere toelichting en geraamde middelen, zie artikel 43 onder OD 1.

- **Patiëntenorganisaties versterken**

We willen de positie van patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties versterken. Voor een verdere toelichting en geraamde middelen, zie artikel 43 onder OD 1.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Projectsubsidies	400	400	700	0	0
Consumentenbond Transparantie huisartsenzorg	8	0	0	0	0
Ned. Huisartsen Genootschap Basisset Ind. Huisartsen	61	0	0	0	0
Projecten transparantie Curatieve zorg	331	400	700	0	0
Opdrachten	982	912	920	930	930
RIVM Registratie Perinatale Audit	982	912	920	930	930
Totaal	1 382	1 312	1 620	930	930

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

42.3.2 Zorgaanbieders worden gestimuleerd om het door de burger gewenste zorgaanbod te realiseren

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 werknemers in de zorg meer tijd kunnen besteden aan de patiënt en zelf minder belast worden.

Hiervoor zetten wij in op:

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

Instrumenten ten behoeve van kwaliteit en veiligheid van het zorgaanbod

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2009	Streefwaarde Lange termijn
1. Vermijdbare incidenten in ziekenhuizen (kabinetsdoelstelling 45a)	30 000	2004	28 500	15 000 (2012)
2. Vermijdbare sterfte in ziekenhuizen (meting bij huidige stand technologie)	1 735	2004	1 648	867 (2012)
3. Percentage ziekenhuizen dat werkt met een veiligheids-management-systeem (VMS)	–	– 100%	100% (v.a. ultimo 2009)	
4. het aantal ziekenhuizen dat op de thema's van het programma 'voorkom schade, werk veilig' participeert of aantoonbaar vergelijkbare initiatieven ontplooit	–	–	Nulmeting	100% (2012)
5. het aantal ziekenhuizen dat deelneemt aan de HSMR (Hospital Standardised Mortality Rate)	69	2006	80 (2008)	100% (2012)
6. Aantal gevallen van vermijdbare ziekenhuisopname t.g.v. medicijngebruik	19 000	2006	–	< 13 300 (2011)
7. Percentage instellingen dat CQ-index meet:				
– Ziekenhuizen	–	–	Start meting	100% (2011)
– Huisartsen	–	–	Pilotjaar	100% (2011)
– GGZ	–	–	50%	100% (2011)
8. Score op indicator bejegening door patiënten:				
– Ziekenhuizen	–	–	Nulmeting	
– Huisartsen	–	–	Pilotjaar	Nulmeting
– GGZ	–	–	Doorontwikkeling	
9. Ontwikkeling indicatoren voor ketenzorg voor vier ziektebeelden				
– Dementie	–	–	Pilotjaar	Invoering
– Diabetes mellitus	–	–	Pilotjaar	Invoering
– Hart- en vaatziekten	–	–	Ontwikkeld	Pilotjaar
– COPD	–	–	Ontwikkeld	Pilotjaar

Bronnen:

1. en 2. De basiswaarden zijn gemeten door het Nivel in 2004. De waarden over 2009 komen beschikbaar in de loop van 2010. De meting betreft circa 1/3 van het aantal dossiers dat in de nulmeting van 2004 betrokken was.
3. IGZ, eind 2008 controleert de IGZ of alle ziekenhuizen een VMS geïmplementeerd hebben.
4. en 5. VWS
6. Eindrapport Hospital Admissions Related to Medication (Harm), Universiteit Utrecht (nieuwe meting 2011).
7. tot en met 9. VWS

● **Patiëntveiligheid ziekenhuizen, Voorkom schade, werk veilig (kabinetsdoelstelling 45a)**

Het veiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig» heeft tot doel om in de jaren 2008–2012 de onbedoelde vermijdbare schade in ziekenhuizen met 50% te reduceren. Dit plan bestaat uit twee pijlers: het reduceren van vermijdbare sterfte en schade op tien inhoudelijke thema's én het implementeren van het veiligheidsmanagement systeem (VMS) in alle ziekenhuizen. Op de eerste vier inhoudelijke thema's worden dit najaar conferenties gehouden, waarbij «good practices» beschikbaar worden gemaakt en kennis wordt gedeeld. Op alle tien thema's moet dit voor 1 juli 2009 gereed zijn. Hierbij worden ook proces- en vooral uitkomstindicatoren ontwikkeld, waarmee de voortgang gemeten kan worden. Wij ondersteunen deze activiteiten door middel van een subsidie (€ 2,3 miljoen).

Om de kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening in ziekenhuizen te verbeteren en te kunnen handhaven is het veld gevraagd een set landelijk toepasbare objectieve kwaliteitscriteria te ontwikkelen voor Spoedeisende Hulp-afdelingen (SEH).

- Actieprogramma veilige zorg/Patiëntveiligheid eerstelijnszorg
Ook in de eerstelijnszorg wordt gericht gewerkt aan de verbetering van de patiëntveiligheid. Van de sector wordt verwacht dat zij zich verantwoordelijk opstelt ten aanzien van de veiligheid van de zorg. Eind 2009 zal een nulmeting, uitgevoerd door een gecombineerd onderzoek van de Radboud Universiteit en het iBMG, naar de stand van zaken van incidenten en schade in de brede eerstelijnszorg afgerond zijn om zo tot haalbare doelstellingen te komen. Deze nulmeting zal circa anderhalf jaar duren en is een onderzoek dat niet alleen meet, maar dat door middel van het inventariseren van bestaande overlegvormen binnen de eerste lijn ook een hulpmiddel en stimulans is bij het realiseren van een VMS in de eerstelijnszorg. Focus ligt op de plannen van de beroepsgroepen met concrete acties op het terrein van bewustwording (incidenten op het terrein van diagnostiek, tijdig handelen, communicatie, behandeling, procedureel en documentatie) en de aanbevelingen uit het Harm Wrestling onderzoek (medicatieveiligheid). Daarnaast wordt er in 2008 door het Netwerk Eerstelijns Organisaties gestart met het ontwikkelen van een Toolkit Patiëntveiligheid voor de brede eerstelijnszorg, waarbij het opzetten van een meldsysteem ter ondersteuning van de veiligheid van zorg prioriteit heeft en er aandacht is voor de samenwerking en overdrachtsmomenten tussen de verschillende beroepsgroepen. Het kabinet ondersteunt deze activiteiten (€ 1,7 miljoen).

- Actieprogramma veilige zorg/Patiëntveiligheid GGZ
Het Trimbos instituut zal eind 2008 een nulmeting uitvoeren om tot haalbare doelstellingen voor vermijdbare schade in de GGZ te komen. De huidige speerpunten van het plan van aanpak van GGZ Nederland zijn medicatie-onveiligheid, suïcidepreventie, risico's bij dwang en drang, agressie in de zorg en comorbiditeit van psychische en somatische klachten. Al deze thema's worden in het Veilig Melden Systeem van de instellingen centraal gesteld (€ 1,7 miljoen).

- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte
De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte gaat zich richten op het verbeteren van de organisatie en bereikbaarheid van verloskundige zorg en kraamzorg en het verbeteren van de inhoudelijke kwaliteit en transparantie. Bijzondere aandacht wordt besteed aan de wijze waarop verloskundige zorg en kraamzorg gericht op hoogrisicogroepen verleend moet worden (€ 0,4 miljoen).

- Therapietrouw
We willen de therapietrouw bij het medicijngebruik bevorderen. In mei 2008 hebben partijen, waaronder belanghebbenden-organisaties van artsen, apothekers en patiënten, afspraken gemaakt om gezamenlijk het probleem van therapieontrouw aan te pakken. Op enkele onderdelen (o.a. vergroten kennis, ondersteunen implementatie) zal in 2009 ondersteuning worden geboden om zo de implementatie van de afspraken te bevorderen. De ondersteuning houdt in een vergroting van kennis van adequate interventies ter bevordering van de therapietrouw, en pilot projecten.

- Evaluatie onderdeel Geneesmiddelen en reclame uit de Geneesmiddelenwet

In 2008 is de evaluatie van de opzet en werking van het Reclamebesluit Geneesmiddelen ontvangen. Zonder vooruit te lopen op de conclusies uit die evaluatie, bestaat de mogelijkheid dat de evaluatie zal leiden tot extra activiteiten dan wel wijzigingen in regelgeving, in beleid en in toezicht. Ook zal in 2009 wellicht nader onderzoek gedaan moeten worden naar verschillende in de evaluatie genoemde onderwerpen.

- Medicatieveiligheid

In het verlengde van de brief Koers op kwaliteit (Kamerstukken II, 29 439, nr 18) zal het plan van aanpak om de medicatieveiligheid te verbeteren, worden uitgevoerd. Focus in dit plan ligt op de oudere patiënt die niet zelfstandig woont. Het gaat met name om onnodige polyfarmacie, de aanbevelingen van de commissie De Smet (rapport Harmwrestling) en risico's van het verkrijgen van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen via het Internet (€ 0,6 miljoen).

- Regieorgaan kwaliteit en veiligheid

Om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren wordt nadere actie ondernomen op een aantal aspecten van kwaliteit. Dit betreft met name intensivering van de regie op de ontwikkeling en de implementatie van richtlijnen waarin veiligheid en doelmatigheid centraal staan, maar ook de structurele verankering van onderhoudstaken van kwaliteitsindicatoren en het beleggen van een informatiefunctie over kwaliteit richting patiënten/cliënten, aanbieders en verzekeraars. Om partijen in het zorgveld te stimuleren wordt een Regieorgaan opgezet dat tevens als taak krijgt de onderlinge afstemming tussen de genoemde kwaliteitsaspecten te borgen. Voor het oprichten van een regieorgaan is in 2009 een bedrag gereserveerd van € 1,6 miljoen.

- Internationale samenwerking op het gebied van geneesmiddelen en hulpmiddelen

In het kader van internationale samenwerking zullen wij ons in 2009 onder andere richten op:

- het terugdringen van vervalsing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen;
- het optimaal laten aansluiten van Nederlandse kennisinstellingen en bedrijven, waaronder het Top Instituut Pharma, bij ontwikkelingen binnen de EU ten aanzien van innovatie van medicijnen;
- het prominenter agenderen van het gesignaleerde probleem in het rapport Priority Medicines van ons bedreigende antibioticaresistentie samen met Europese en mondiale partners, ook vanuit het bedrijfsleven;
- de productveiligheid van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

Instrumenten voor een toegankelijk aanbod

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2005	2006	2007	Streefwaarde 2009	Streefwaarde Lange termijn
1. Aantal donoren (exclusief levende nierdonoren)	217	200	257	>250	280 (2015 ev)*
2. Percentage ambulances dat binnen 15 minuten ter plaatse is bij spoed/ levensbedreigende situaties	–	91%	–	≥ 95%	≥ 95%
3. Percentage bevolking dat binnen 30 minuten een SEH afdeling met de auto kan bereiken	98%	99,4%	–	≥ 98,8%	≥ 98,8%
4. Percentage burgers dat binnen drie weken een afspraak heeft bij het ziekenhuis**	78,2%	82%	80,3%	80%	80%
5. Percentage burgers dat binnen 4 weken een afspraak heeft voor aanmelding bij een tweedelijns ggz-aanbieder	77%	74%	71%	80%	80 %
6. Aantal verwijzingen van huisarts naar de tweedelijns	–	171 per 1000 patiënten	–	171 per 1000 patiënten	171 per 1000 patiënten
7. Toename van aantal multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijns	–	–	1 674	1 700	2 300

* Indien de Wet op de orgaandonatie wordt aangepast (verwachting plaatsing in het Staatsblad in 2010), is de doelstelling om 25% meer transplantaties te realiseren in een tijdspanne van vijf jaar (2010–2015).

** Dit betreft de verwachte wachttijd zoals opgegeven door ziekenhuizen. Bezien wordt of op termijn gerealiseerde wachttijden uit DBC-informatie gedestilleerd kunnen worden. Zie verder kamerstukken 25 170, nr. 42.

Bronnen:

1. Nederlandse Transplantatie Stichting (jaarlijkse meting)
2. RIVM, Zorgbalans (jaarlijkse meting)
3. RIVM, Zorgbalans (op aanvraag)
4. RIVM, Zorgbalans (jaarlijkse meting)
5. GGZ Nederland, wachttijden in de GGZ-instellingen (jaarlijkse meting)
6. NIVEL, linh (jaarlijkse meting)
7. NIVEL, linh (jaarlijkse meting)

● **Orgaandonatie**

Het tekort aan donororganen vraagt om een intensivering van het beleid, waarbij centraal staat dat niemand zich meer afzijdig kan houden. De voorstellen voor verbetering op het vlak van voorlichting, de praktijk in ziekenhuizen en donatie bij leven die door de Coördinatiegroep Orgaandonatie in het Masterplan Orgaandonatie zijn gedaan, nemen wij over. Om de doelstelling van 25% meer transplantaties (ten opzichte van het driejaarlijks-gemiddelde 2005–2007) in een periode van vijf jaar te kunnen realiseren, stellen wij daarnaast een wijziging van de Wet op de orgaandonatie voor. Van het toevoegen van een extra keuzemogelijkheid die een voorkeur weergeeft voor donatie maar die ook ruimte geeft aan nabestaanden en het vastleggen van een keuze van alle inwoners van 18 jaar en ouder verwachten wij een stimulerende werking op het bespreken van individuele wensen rond orgaandonatie en daarmee op het aantal transplantaties (€ 14,6 miljoen in 2009). Voor de aanpassingen in het beslissingsysteem is na 2009 een eenmalige investering nodig van € 35 miljoen.

● Arbeidsmarktbeleid

Een actief en consequent arbeidsmarktbeleid draagt bij aan dat er nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is voor de zorgsector. In de Arbeidsmarktbrief 2007 «Werken aan de zorg» (kamerstuk 29 282, nr. 46) is een actieplan opgesteld. Het zorgbrede arbeidsmarktbeleid wordt op artikel 43 nader toegelicht en bevat drie sporen:

- innovatie van zorgprocessen; dit betreft beleid dat is gericht op innovaties die én de kwaliteit van zorg én de efficiënte inzet van personeel bevorderen (toegelicht onder het instrument innovatie in artikel 42 en 43);
- investeren in behoud van personeel, bijvoorbeeld door een goed leeftijdsbewust personeelsbeleid;
- het vergroten van de instroom van nieuw personeel. Dit betreft onder meer het stagefonds, waarmee wij in de cure en de care beogen de instroom én doorstroom van personeel te vergroten.

● Opleidingsfonds

Een ruim voldoende aanbod van zorgverleners is een vereiste voor een vraaggeoriënteerde zorg waarin de patiënt centraal staat. Uitgaande van een zeker overschot bij de jaarlijkse instroom van artsassistenten in opleiding is het streven bij de bekostiging van de verschillende zorgopleidingen erop gericht om daar op te leiden waar de kwalitatief beste opleiding wordt geboden tegen een redelijke prijs. Met het «opleidingsfonds» wordt de bekostiging van onder meer de opleidingen tot huisarts (€ 110 miljoen), tot medisch specialist (€ 690 miljoen) en tot andere medische beroepen (€ 120 miljoen) geregeld.

Om de gewenste capaciteit te bereiken sturen we op de instroom. In 2009 is de toegestane instroomcapaciteit bepaald op 598 plaatsen bij de huisartsenopleiding en 1 059 plaatsen bij de medisch specialistische vervolgoopleidingen.

Naast het innoveren van de opleidingen- en beroepenstructuur zijn centrale thema's bij het opleidingsfonds: goede ramingen, bruikbare kwaliteitsindicatoren en redelijke kostprijzen. Het College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg vervult in dit verband een brugfunctie tussen het veld en de overheid.

Kengetallen				
Kengetal		Waarde 2005	Waarde 2006	Waarde 2007
1.	Instroom huisartsen in opleiding	531	524	515
2.	Instroom in opleidingsplaatsen medisch specialisten	975	1 003	1 007

Bron: SBOH /MSRC, Capaciteitsorgaan

¹ Aantal personen dat in het betreffende jaar is ingestroomd in het eerste jaar van de opleiding

² Aantal personen dat is ingestroomd in het eerste jaar van opleiding van de opleidingen vallend onder de subsidieregeling zorgopleidingen eerste tranche (erkende medisch specialismen, exclusief psychiatrie, inclusief de erkende bèta beroepen ziekenhuisapotheker, klinisch fysicus en klinisch chemicus)

● Taakherschikking/Aanpassing Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

Taakherschikking leidt tot kwaliteitsverbetering door een bijdrage te leveren aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg. We willen bevorderen dat er meer anders opgeleide beroepsbeoefenaren in de zorg gaan werken en daarbij streven we naar de juiste persoon op de juiste plaats. In een nieuw artikel van de Wet BIG wordt de mogelijkheid

van taakherschikking verankerd, door een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen (als bedoeld in artikel 36 van de Wet BIG) toe te kennen aan categorieën van beroepsbeoefenaren (nieuwe beroepen).

Physician assistants en nurse practitioners zijn de eerste beroepen die hieronder gaan vallen. De arbeidsmarkt voor deze beroepen ontwikkelt zich gunstig. Met het belang dat we hechten aan taakherschikking hebben we besloten om vanaf 1 september 2008 structureel meer financiële middelen te reserveren voor een verhoging van de jaarlijkse instroom van 325 naar 400 eerstejaarsstudenten in de opleidingen physician assistant en advanced nursing practice (in totaal € 19,1 miljoen voor 400 plaatsen).

- (P) Bereikbaarheid huisartsenzorg en acute zorg

Ter verbetering van de bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg en verloskundige zorg, vragen we partijen om eenduidige minimumnormen te ontwikkelen voor de bereikbaarheid van acute huisartsenzorg en verloskundige zorg, inclusief normen voor de telefonische bereikbaarheid. Verloskundigen werkzaam in achterstandswijken kunnen met ingang van 1 januari 2009 een tarief declareren dat rekening houdt met de extra werkdruk en aanvullende maatregelen voor de persoonlijke veiligheid. Om cliënten met name bij spoedoproepen snel te kunnen helpen, gaan we in gesprek met de LHV, de VHN en de KNOV over een efficiëntere inrichting van *Voice Response Systemen*, zodat zo min mogelijk wordt doorverwezen naar andere nummers.

- Functionele integratie spoedeisende hulp en huisartsenposten

Om het probleem van «zelfverwijzers» op te lossen en de keten van acute zorg te verbeteren is het de ambitie om spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen binnen drie jaar functioneel te integreren met een huisartsenpost uit de regio van de betreffende ziekenhuizen. Om de bereikbaarheid van acute zorg te borgen zullen in aanvulling hierop, en waar nodig, kleinschalige organisaties van acute eerstelijnszorg worden gefaciliteerd.

- (P) Mobiel medisch team

De komende twee jaar zal er een landelijk dekkend Mobiel Medisch Team-netwerk (inclusief traumahelikopters) komen, als extra schakel in de keten van acute zorg (€ 5,4 miljoen structureel).

- (P) Ambulances

In 2008 is het Landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid herijkt. Naar aanleiding van de herijking stelt het kabinet in 2009 middelen beschikbaar om de ambulancecapaciteit en de spreiding van ambulances uit te breiden (€ 12 miljoen in 2009, vanaf 2010 € 18 miljoen). Concreet komt dit neer op een uitbreiding van het aantal ambulances met 47 en het aantal standplaatsen te laten groeien van 195 naar 206. VWS werkt tevens aan een nieuw bekostigingssysteem voor de ambulancesector uit in overleg met het veld, zorgverzekeraars en de NZa.

- Heroriëntatie hulpmiddelen

In 2009 zal er meer duidelijkheid zijn over de vormgeving van een gemoderniseerd hulpmiddelenbeleid (€ 0,4 miljoen). Er wordt gestart met de implementatie daarvan. Het doel is het stroomlijnen en mogelijk vereenvoudigen van de verschillende regelingen waaruit de burger een hulpmiddel kan krijgen (Zvw, AWBZ, Wmo, WIA). De toegankelijkheid, gezien vanuit het cliëntperspectief, staat hierin centraal. Bij de implementatie zal veel aandacht besteed worden aan informatievoorziening.

• Compensatie zorgkosten illegalen

In april 2008 is door de Tweede Kamer het wetsvoorstel aangenomen 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. (Kamerstukken II, 2007–2008, 31 249). Er wordt naar gestreefd de nieuwe regeling op 1 januari 2009 in werking te laten treden, waarna € 45,7 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor de compensatie aan de zorgaanbieders. Dit bedrag is opgebouwd uit de bedragen die tot de inwerkingtreding van het wetsvoorstel beschikbaar waren voor vergoeding van aan illegalen verleende zorg door eerstelijnszorgaanbieders (€ 7,2 miljoen), ziekenhuizen (€ 23 miljoen) en AWBZ-instellingen (€ 15,5 miljoen).

Instrumenten voor innovatie

Prestatie-indicatoren				
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde 2009	Streefwaarde Lange termijn
Percentage aangesloten op Landelijk Schakelpunt (LSP):				
– huisartsenposten	5	27 juni 2008	100%	100%
– huisartsenpraktijken	22	27 juni 2008	100%	100%
– ziekenhuizen	1	27 juni 2008	100%	100%
– apothekers	30	27 juni 2008	100%	100%

Bron: Voortgangsrapportage ICT inzake de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

• ICT in de zorg

Doel is de kwaliteit in de zorg te verbeteren. In 2009 richt het ICT-beleid zich op de landelijke invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) (zie het stappenplan invoering EPD (kamerstuk 27 529, nr. 38). Wanneer in 2009 de Wet op het EPD in werking treedt, worden alle zorgaanbieders verplicht om aan te sluiten op het landelijk schakelpunt (LSP). Daarnaast wordt verder gewerkt aan nieuwe toepassingen, bijvoorbeeld informatie over contra-indicaties, het dossier spoedeisende hulp en het diabetesdossier. Voor ICT in de zorg is in 2009 een bedrag van circa € 70 miljoen geraamd.

• Algemeen Innovatiebeleid

In de brief aan de Kamer van 7 februari 2008 (Innovatie in preventie en zorg, (31 200 XVI, nr. 116) zijn de visie op en de plannen voor het innovatiebeleid gepresenteerd. In aanvulling daarop is op 4 juli 2008 de Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid opgesteld, waarin de interdepartementale dimensie van het zorginnovatiebeleid wordt uitgewerkt.¹ Innovatie is een belangrijke weg om de uitdagingen voor de toekomst van de zorgsector aan te kunnen. Drie uitdagingen zijn in deze brief aangegeven: de veranderende zorgvraag door een toename van het aantal chronische zieken en kwetsbare ouderen, de dreigende toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt en een betere benutting van ICT en technologie (e-health).

Vanuit deze drie opgaven maakt een zorgbreed innovatieprogramma (€ 29 miljoen voor het jaar 2009) het beleid concreet door:

- meer ruimte te bieden voor experimenten;
- een impuls te geven aan (arbeidsbesparende) ICT en technologie;

¹ Deze agenda is opgesteld in het kader van het kabinetsproject Nederland Ondernemend Innovatieland. Hiervoor is in 2009 € 14 miljoen beschikbaar gesteld.

- het wegnemen van belemmeringen en invoeren van prikkels;
- het bevorderen van interdepartementale en intersectorale samenwerking;
- het oprichten/ instellen van het ZorgInnovatiePlatform.

Het ZorgInnovatiePlatform zal, naar analogie van het Innovatieplatform, aan de slag gaan om het innovatieklimaat in de Nederlandse zorg – cure, care en preventie en alles daartussen in – te verbeteren. Dit door het belang van een sterk innovatieklimaat te agenderen, de innovatiekracht van de zorg te analyseren op succes- en faalfactoren en gerichte actie en interventie voor te stellen om innovatie in de Nederlandse zorg te versnellen. Uitwerking van het zorgbrede innovatieprogramma vindt plaats in samenhang met de uitwerking van de Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid (kamerstukken 27 406, nr. 120).

- **Zorginnovatiepunt**

Het CVZ, de NZa en ZonMw hebben naar aanleiding van de motie Schippers (kamerstuk 30 800, nr. 92) een gezamenlijk loket ingericht om aan zorginnovatoren voorlichting te geven over bestaande regelingen zodat zorginnovaties sneller tot stand komen. De ervaringen met het loket moeten uitwijzen of en waar de bestaande regelingen hiaten vertonen waardoor zorginnovaties onvoldoende van de grond komen of vroegtijdig sneuvelen.

Vanuit de ontwikkelaars (zoals de wetenschap en het bedrijfsleven) wordt soms aangegeven dat de toelating tot het zorgsysteem niet eenvoudig is. Daarbij kan gedacht worden aan de eisen die worden gesteld aan toelating tot het pakket en bekostiging. Het ZorgInnovatiePlatform heeft tot taak om innovatie in preventie en zorg te versterken. Daarbij behoort ook de brede toepassing van innovaties bevorderen. Door het ZorgInnovatiePlatform zal worden nagegaan of en op welke wijze innovaties eenvoudiger toegelaten kunnen worden.

- **Priority medical devices (hulpmiddelen)**

Begin 2009 worden de resultaten verwacht van een onderzoek dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uitvoert in opdracht van VWS naar «priority medical devices». Het onderzoek beoogt – op vergelijkbare wijze als dat gedaan is bij «Priority Medicines» – in kaart te brengen wat «witte vlekken» zijn in het hulpmiddeleanaanbod: welke hulpmiddelen zijn vanuit volksgezondheidsoogpunt gewenst? De antwoorden op deze vraagstelling zijn van belang voor het stimuleren van onderzoeks- en innovatieprogramma's.

- **Priority medicines**

In 2009 word gestart met de uitvoering van de ZonMW programma's «Priority Medicines Ouderen» en «Priority Medicines Antimicrobiële resistentie». Deze twee programma's komen voort uit het tijdens het EU-voorzitterschap van Nederland opgestelde rapport Priority Medicines for Europe and the World. Dit rapport signaleert een tekort aan geneesmiddelen voor een aantal aandoeningen. Het is dringend noodzakelijk dat op dit gebied innovaties tot stand worden gebracht (€ 1,7 miljoen in 2009).

- **Innovatie medische producten**

Met FES-gelden heeft de overheid de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in de life sciences en gezondheid en in het bijzonder in de ontwikkeling van nieuwe medische producten. Zo zal het Topinstituut Pharma verder gaan met de uitvoering van zijn strategische programma ten behoeve van een

efficiëntere ontwikkeling van geneesmiddelen door middel van translatie-onneel onderzoek en onderwijs (€ 29,3 miljoen). In 2009 zal VWS samen met andere departementen, industrie en wetenschap werken aan een toekomstbestendige visie op het kennis- en innovatiesysteem op dit gebied.

- **Nanotechnologie**

VWS levert een bijdrage aan de verdere ontwikkeling en uitvoering van kabinetsbeleid over nanotechnologie (€ 0,4 miljoen). In 2009 zal het kabinet een beslissing nemen over een onderzoeksagenda nanotechnologie waarin zowel de kansen als de risico's op evenwichtige wijze aandacht krijgen.

- **Sociale innovatie**

Sociale Innovatie staat voor het dynamisch organiseren van de organisatie en dit kan het rendement van Research & Development verhogen. In de sector van medische producten heeft wetenschappelijk onderzoek van de Rotterdam School of Management in 2008 aangetoond dat het succes van innovatie voor circa 30% wordt bepaald door R&D en voor 70% door sociale innovatie. De resultaten van innovatieve bedrijven in de sector van medische producten blijken tot 25% hoger te liggen dan die van niet innovatieve bedrijven. Voor verbetering van het succes van innovatie zijn vooral visionair leiderschap en een professioneel middenkader van essentieel belang. Meer en betere samenwerking binnen bedrijven en met externe partners blijkt cruciaal voor bevordering van innovatie. Aan managers de taak om de voorwaarden te scheppen dat dit tot stand komt. VWS zal de uitkomsten van het onderzoek gebruiken bij het honoreren van verzoeken om bijdragen (tijd en geld) aan innovatieve projecten. Het onderzoek heeft ook de mate van sociale innovatie van de branche van medische producten in kaart gebracht. VWS zal samen met de branche een plan van aanpak opstellen om gezamenlijk tot verbetering van de sociale innovatie in de sector van medische producten te komen. Sociale innovatie krijgt ook specifieke aandacht van het ZorgInnovatiePlatform in het kader van de cultuur en organisatie van de zorgsector.

- **Kwaliteit en innovatie in de GGZ**

In 2009 wordt, in samenwerking met veldpartijen, verder gewerkt aan kwaliteit en innovatie in de tweedelijns GGZ. Daarbij wordt aandacht besteed aan structurele inbedding van kwaliteitszorg in het stelsel, zodat sprake is van blijvende vernieuwing in de sector. Meer concreet leidt dit onder andere tot het zichtbaar maken, verspreiden, implementeren en borgen van best practices. Daarnaast wordt het beleidsplan suïcidepreventie uitgevoerd en worden de nieuwe zorgvormen zoals e-mental health en de implementatie van richtlijnen gestimuleerd (€ 0,8 miljoen).

Beleidsartikelen/Artikel 42

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x €1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies/structurele subsidies	960 761	984 444	996 626	998 664	1 003 024
<i>Onder andere:</i>					
Donorvoorlichting	1 745	1 745	1 745	1 745	1 745
Donorwerving	3 317	3 317	3 317	3 317	3 317
NIVM/ Gezonde Sceptis	2 274	2 274	2 274	2 274	2 274
Nederlands Kanker Instituut	13 400	13 400	13 400	13 400	13 400
Opleidingsfonds	811 555	829 526	836 054	840 592	844 952
Huisartsenopleiding (SBOH)	109 826	115 538	121 192	121 192	121 192
Arbeidsmarktbeleid vaccinatie	2 500	2 500	2 500	0	0
College voor beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg	1 335	1 335	1 335	1 335	1 335
Ramingen Capaciteitsorgaan	1 112	1 112	1 112	1 112	1 112
Nationaal ICT instituut in de zorg (Nictiz)	12 460	12 460	12 460	12 460	12 460
Projectsubsidies	182 635	169 916	153 701	143 926	130 820
<i>Onder andere:</i>					
Topinstituut Pharma	29 283	31 989	24 733	0	0
Besluit Subsidies Investerings Kennisinfrastructuur (Bsik-projecten)	0	6 617	0	4 680	0
Nanotechnologie	431	456	115	0	0
Medicatieveiligheid	420	500	500	500	500
Heroriëntatie hulpmiddelen	400	250	250	250	250
Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	528	302	0	0	0
Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	1 350	550	100	0	0
Priority medical Devices en beoordeling hulpmiddelen	300	0	0	0	0
Uitvoering Amendement Heideheuvel	2 000	2 000	0	0	0
Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO): Meerjaren programma Kwaliteit en Kennis	2 000	200	0	0	0
Voorkom schade, werk veilig	2 350	1 850	1 350	426	924
Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte	400	200	0	0	0
Kwaliteitsprojecten Orde van Medisch Specialist	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Actieprogramma Veilige Zorg / Patiëntveiligheid eerstelijns zorg	1 725	1 750	1 895	175	0
Actieprogramma Veilige zorg / Patiëntveiligheid GGZ	1 725	1 350	905	550	0
Actieplan preventie zelfdoding (uitvoering Motie VoordeWind)	250	0	0	0	0
Trimbos Instituut Masterplan	343	343	343	343	343
Kwaliteit en innovatie GGZ	820	820	250	0	0
Arbeidsmarktbeleid	14 427	19 927	19 177	24 301	24 301
Innovatiebeleid en ICT in de zorg	40 615	44 056	48 306	52 556	40 656
Stimuleringsregeling Landelijk Schakel Punt (LSP)	30 000	0	0	0	0
Opleiding physician assistant en advanced nursing practice	19 163	20 738	21 000	21 000	21 000
Regieorgaan	1 000	0	0	0	0
Opdrachten	24 599	26 768	25 819	27 741	27 081
<i>Onder andere:</i>					
Actieprogramma Veilige Zorg/Patiëntveiligheid eerstelijns zorg en GGZ	1 725	1 350	900	550	0
Optimalisatie Wet BOPZ	400	300	300	300	300
Programma Versterking 1e Lijn	500	500	500	0	0
Programma «De Nieuwe Praktijk»	400	400	400	400	400
Innovatiebeleid en ICT in de zorg	7 167	7 775	8 525	9 275	7 175
Medicatieveiligheid	180	0	0	0	0
Regieorgaan	600	600	600	600	600
Bijdragen aan baten-lastendiensten	19 173	26 637	41 440	18 940	18 940
Bijdrage aan het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (o.a. donorregister, Farmatec)	19 173	26 637	41 440	18 940	18 940
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	47 408	49 228	50 928	51 558	51 248
College voor zorgverzekeringen (CVZ)/compensatie zorgkosten illegalen	45 708	45 708	45 708	45 708	45 708
ZonMw: Programma priority medicines	1 700	3 520	5 220	5 850	5 540
Totaal	1 234 576	1 256 993	1 268 514	1 240 829	1 231 113

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-kwaliteitverhouding. 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.

Instrumenten voor een goede werking van het stelsel

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2006	2007	2008	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2011
1. Beheerste ontwikkeling gemiddelde nominale premie Zvw in euro's	1 030	1 103	1 047	1 074	nvt
2. Beheerste ontwikkeling bruto schadelast	25,7 miljard	26,4 miljard	30,7 miljard	31,6 miljard	34,0 miljard
3. Aantal onverzekerden (op 1 mei van een jaar)	241 000	231 000	< 231 000	< 231 000	< 231 000
4. Aantal wanbetalers (aan het einde van een jaar)	190 000	240 000	240 000 (= verwachting)	200 000	190 000

Bronnen:

- 1 VWS. De daling van de nominale premie van 2007 op 2008 is deels vertekend door de afschaffing van de no-claim en de invoering van het verplicht eigen risico.
- 2 VWS.
- 3 CBS.
- 4 CBS. Als sluitstuk van de structurele wanbetalersaanpak zal met ingang van 2009 bij wanbetalers tijdelijke inning van een bestuursrechtelijke premie (bronheffing) plaatsvinden.

- **Monitoren Zorgverzekeringwet**

In juli 2008 heeft de NZa voor de derde maal de Monitor Zorgverzekeringmarkt uitgebracht. De NZa is ook in 2008 positief over de positie van de consument op de zorgverzekeringmarkt. De NZa constateert weliswaar een verminderde prijsconcurrentie, maar de premie ligt evenals in voorgaande jaren onder de inschatting van de overheid. De mobiliteit van verzekerden is ten opzichte van 2007 iets gedaald (3,5% is overgestapt). De kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars is echter tevredenstellend en bovendien verbeterd. De NZa heeft geen aandachtspunten geconstateerd bij de afhandeling van het overstappen door zorgverzekeraars in de overstapperiode 2007-2008. De basisverzekering blijft in 2008 toegankelijk en afgemeten aan het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering is de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering ook niet veranderd. Wel hanteren enkele zorgverzekeraars een meer restrictief beleid voor de aanvullende verzekeringen. Bij brief van 18 juli 2008 is de monitor met daarop een reactie aan de Tweede Kamer aangeboden. De NZa gaat in de monitor specifiek in op het belang van een goede aansluiting tussen de cycli van zorginkoop en polisaanbod. De door de NZa gedane aanbeveling, om wijzigingen in wet- en regelgeving voor 1 juli bekend te maken, worden ter harte genomen. Aan de markt-

partijen (verzekeraars, aanbieders) beveelt de NZa onder andere aan meer te experimenteren met meerjarige contracten en digitaal onderhandelen. Daarnaast heeft de NZa het vernieuwde richtsnoer informatieverstrekking gepubliceerd waarin nadere eisen worden gesteld aan de transparantie over het gecontracteerde zorgaanbod. Dit richtsnoer zal separaat aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

- Actieve opsporing onverzekerden

Het aantal onverzekerden is volgens schatting van het CBS licht gedaald tot 231 000 personen. Om het aantal onverzekerden verder terug te dringen zal doelgroepgerichte voorlichting worden gegeven. Voor deze doelgroepgerichte voorlichting in 2009 is € 1,6 miljoen begroot. Daarnaast wordt een wetsvoorstel voorbereid om vanaf 2010 onverzekerde verzekeringsplichtigen actief op te sporen. Die opsporing vindt plaats door het CVZ door middel van vergelijking van een door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) te bouwen bestand van alle verzekeringsplichtigen (AWBZ-verzekerden) en het bestand dat de Zvw-verzekerden bevat. Hiervoor is in 2009 € 6,4 miljoen begroot.

- Terugdringen aantal wanbetalers

Op basis van opgaven van de zorgverzekeraars schat het CBS het aantal wanbetalers op 240 000 (stand 31 december 2007). Het gaat om mensen met een (basis)zorgverzekering met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies. Hun aantal is toegenomen met 50 000. Deze ontwikkeling onderbouwt de noodzaak van een aanvullende maatregel. Een wetsvoorstel, waarin de inning van een bestuursrechtelijke premie bij wanbetaling (bronheffing) wordt uitgewerkt en waarbij ook de zorgtoeslag wordt betrokken, wordt aan de Tweede Kamer aangeboden. De uitvoeringskosten bij het CVZ zijn begroot op € 7,2 miljoen. De bestuursrechtelijke premie wordt geïnd door het CVZ op basis van door de zorgverzekeraar verstrekte informatie.

- Uitvoeren zorgtoeslag

De Belastingdienst betaalt als tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie Zvw de zorgtoeslag uit aan alle burgers die daar recht op hebben (€ 3,5 miljard). Daardoor betaalt niemand een groter dan aanvaardbaar deel van zijn inkomen aan Zvw-premie. Het hierboven genoemde wetsvoorstel voor het terugdringen van het aantal wanbetalers regelt dat bij verzekerden met een premie-achterstand van zes maandpremies of meer, de zorgtoeslag zonodig wordt ingezet ter voldoening van de bronheffing.

Kengetallen		
Kengetal	Toeslagjaar 2006	Toeslagjaar 2007
Gemiddelde zorgtoeslag (bedragen in euro's)	449	471
Aantal ontvangers zorgtoeslag	5 584 000	5 600 000
Netto uitgaven Zorgtoeslag	2 505 miljoen	2 637 miljoen

Bron: Belastingdienst (jaarlijkse meting)

Toelichting:

De cijfers betreffen de tussenstand van 30 juni 2008. Deze bedragen wijken af van de in de jaarverslagen VWS over 2006 en 2007 opgenomen bedragen. De afwijkingen worden veroorzaakt doordat na afloop van een jaar de definitieve toeslagen nog vastgesteld moeten worden. Daardoor kan het definitieve bedrag aan toegekende toeslagen zowel hoger als lager uitvallen dan de in het jaar verstrekte voorschotten (die opgenomen worden in de jaarverslagen VWS).

- Operationele risicoverevening

Het systeem van risicoverevening moet jaarlijks worden aangepast aan de gewijzigde omstandigheden in de zorg, daarnaast worden er jaarlijks verbeteringen aangebracht. De mate van risicodragendheid voor verzekeraars zal in de komende jaren vergroot worden door een geleidelijke afbouw van de ex post compensatie mechanismen. De werking van het risicovereveningssysteem wordt geëvalueerd door internationale experts.

Instrumenten op het terrein van het verzekerd pakket

- (P) Verplicht eigen risico

Bepaalde groepen verzekerden worden gecompenseerd voor het verplicht eigen risico. De groep te compenseren verzekerden wordt in 2009 uitgebreid met verzekerden die in het systeem van risicoverevening in een zogenoemde DKG (diagnose kostengroep) zijn ingedeeld. Het maximum van het verplicht eigen risico van € 150 wordt in 2009 geïndexeerd aan de hand van de ontwikkeling van de zorgkosten en zal in 2009 € 155 bedragen.

Met ingang van 2009 wordt het voor zorgverzekeraars mogelijk om bepaalde kosten geheel of gedeeltelijk buiten het eigen risico te houden. Concreet betekent dit dat een zorgverzekeraar met zorgaanbieders afspraken kan maken over doelmatige en kwalitatief goede zorgverlening. Doordat de kosten van die afgesproken doelmatige zorg dan niet of niet geheel meetellen voor het verplicht eigen risico, worden verzekerden gestimuleerd van die kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg gebruik te maken. Hiermee kan een impuls worden gegeven aan de vergroting van de kwaliteit van de zorg en het terugdringen van de kosten.

- (P) Preventieve interventies in het basispakket

Voortvloeiend uit de brief Preventiebeleid voor de volksgezondheid (kamerstuk 22 894, nr 134) zijn voor deze kabinetsperiode vijf interventiestrategieën benoemd waarmee de Zorgverzekeringswet meer ondersteuning geeft aan het preventiebeleid.

De bij het vorige punt genoemde maatregel inzake de mogelijkheid kosten (deels) buiten het verplichte eigen risico te houden, is ook van belang voor preventie. Als verzekerden een door de zorgverzekeraar te bepalen preventieprogramma volgen gericht op het voorkomen of verlichten van diabetes, hartfalen, depressie, overgewicht en chronische longziekte (COPD) kan daar als stimulans een (gedeeltelijke) kwijtschelding van het verplicht eigen risico tegenover worden gesteld.

Voor latere jaren staan vormen van preventieve zorg op de nominatie om opgenomen te worden in de dekking van de Zorgverzekeringswet. Het gaat om achtereenvolgens: ondersteuning bij het stoppen met roken, vroegtijdige en laagdrempelige interventie ter voorkoming van depressie, het volgen van een bewegingsterapie en zelfmanagement – als onderdeel van een zorgstandaard bij chronische ziekte. Om de definitieve beslissingen hierover te kunnen nemen worden met behulp van pilots de kosten-effectiviteit en praktische uitvoerbaarheid onderzocht. Daarnaast brengt het CVZ dit jaar een aantal speciale pakketrapportages over deze onderwerpen uit.

- (P) Diagnostiek en behandeling dyslexie in het basispakket

In juli 2007 heeft het CVZ geadviseerd om de diagnostiek en de behandeling van (ernstige) dyslexie voor kinderen uit groep vier van het basisonderwijs in het basispakket op te nemen. Naar aanleiding van dit advies en in overleg met de Tweede Kamer hebben wij besloten dat op termijn alle

kinderen met ernstige dyslexie die basisonderwijs volgen één keer vanaf hun zevende jaar recht hebben op dyslexiezorg. Om de meerkosten beperkt te houden, hebben wij voor een ingroeimodel gekozen. Dit model houdt in dat het recht op dyslexiezorg stapsgewijs wordt uitgebreid, beginnend met kinderen van zeven en acht jaar op 1 januari 2009. Vanaf 2010 komen daar de kinderen van negen jaar bij, in 2011 van tien jaar, enzovoorts. Dit besluit leidt tot meerkosten van € 27,9 miljoen in 2009, oplopend naar € 33,5 miljoen in 2013. De maatregel wordt in 2011 geëvalueerd.

- (P) Geneeskundige GGZ in de Zvw

Voor de tweedelijns GGZ zal 2009 in het teken staan van de voorbereiding van vrije prijsvorming op basis van stabiele DBC's. De NZa zal hiervoor een uitvoeringstoets verrichten. Met ingang van 1 januari 2009 laat het kabinet de eigen bijdrage voor psychotherapie vervallen. Middels een generieke tariefmaatregel in de tweedelijns curatieve GGZ wordt het vervallen van de eigen bijdrage gecompenseerd. De wijze van bekostiging van de eerstelijns psychologische zorg zal niet wijzigen (kamerstukken 25 424, nr. 73).

- (P) Beperking vergoeding benzodiazepinen

Op basis van een advies van het CVZ is besloten om benzodiazepinen – slaap- en kalmeringsmiddelen – uit te sluiten van vergoeding met uitzondering van enkele specifieke indicaties. Vanwege de uitvoerbaarheid van de maatregel wordt ook het kortdurend medisch noodzakelijk gebruik van vergoeding uitgesloten. De kosten die hierdoor voor eigen rekening van de patiënt komen zijn beperkt. Met deze maatregel willen wij het ongewenste omvangrijke chronische gebruik en de verslavende werking van deze middelen terugdringen en in de toekomst voorkómen. De netto-opbrengst van de maatregel is circa € 70 miljoen.

- (P) Pakketmaatregelen hulpmiddelen

Op basis van adviezen uit het Pakketadvies 2008 van het College voor zorgverzekeringen hebben wij besloten dat enkele hulpmiddelen met ingang van 1 januari 2009 geen deel meer uitmaken van het verzekerd pakket. Het gaat dan om faxapparatuur voor auditief gehandicapten, allergeenvrije/stofdichte hoezen en sta-opstoelen met uitsluitend een sta-opfunctie. Met deze maatregel wordt een besparing gerealiseerd van circa € 22 miljoen.

- (P) Aanscherpen vergoeding cholesterolverlagers

Het CVZ heeft in het Pakketadvies 2008 voorgesteld de nadere voorwaarden voor vergoeding van cholesterolverlagers aan te passen. Het voorstel is de voorwaarden zo te actualiseren dat behandeling met andere cholesterolverlagende geneesmiddelen dan simvastatine uitsluitend wordt vergoed als behandeling met simvastatine onvoldoende effectief is gebleken of om medische redenen ongewenst is. Wij hebben besloten het advies van het CVZ niet integraal over te nemen, maar de aanspraak te baseren op de richtlijn van de beroepsgroep. Dit sluit beter aan bij onze langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid. Hiervoor zal met ingang van 1 januari 2009 bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering zodanig worden gewijzigd dat hierin wordt verwezen naar de richtlijn van de beroepsgroep. Met deze maatregel wordt een besparing bereikt van € 32 miljoen in 2009, oplopend naar € 65 miljoen in 2010 en vanaf 2011 structureel € 97 miljoen.

- (P) Verbetering kwaliteit methadonbehandeling

De kwaliteit van de methadonbehandeling zal worden verbeterd. Het kabinet stelt vanaf 2009 structureel middelen beschikbaar voor het aantrekken van extra medisch personeel binnen de verslavingszorg, zodat de meest zorgbehoevende methadonpatiënten de benodigde zorg kunnen krijgen (€ 15 miljoen per paar). Het gaat immers om een groep ernstig verslaafden met veel lichamelijke en geestelijke gezondheidsklachten. Aan het beschikbaar stellen van deze middelen wordt wel de voorwaarde gesteld dat de instellingen voor verslavingszorg de Landelijke Centrale Middelenregistratie invoeren.

- (P) Aanspraak geneesmiddelen en hulpmiddelen

De Langetermijnvisie Geneesmiddelenvoorziening (LTVG) is in januari 2008 aan de Tweede Kamer gestuurd samen met een stappenplan ter uitvoering daarvan. In juli 2008 is een nadere concretisering van de LTVG aan de Tweede Kamer gestuurd. De LTVG heeft één centraal doel en dat is een structuur inrichten die de kwaliteit van de farmaceutische zorg borgt en een impuls geeft. De patiënt staat daarbij centraal. In de LTVG is aangegeven dat het de intentie van VWS is om de verzekerde prestatie op meer algemene wijze te omschrijven (op basis van stand der wetenschap en praktijk, functiegericht in plaats van productgericht) en een meer leidende rol aan richtlijnen toe te kennen bij de nadere invulling van de aanspraak. In dit systeem zullen richtlijnen van de voorschrijvers een belangrijke rol spelen in de rechten van verzekerden op zorg. VWS start in 2009 met het wijzigen van de aanspraak op geneesmiddelen naar bovengenoemde systematiek.

- Functiegerichte aanspraak hulpmiddelen

De systematiek van aanspraak op hulpmiddelen wordt gewijzigd in een aanspraak gebaseerd op functiebeperking in plaats van een aanspraak op basis van het productaanbod. De inflexibiliteit van een – op productniveau georiënteerde – limitatieve lijst wordt daarmee losgelaten.

Instrumenten voor de bekostiging/het bekostigingssysteem

- (P) Bekostiging apotheekhoudenden

In het kader van de implementatie van de LTVG worden de regels voor de bekostiging van apotheekhoudenden vanaf 2009 stapsgewijs aangepast. Dit houdt in dat wordt afgestapt van het verplichte tariefsysteem met een receptregelvergoeding en op termijn vrije tarieven voor zowel het doorberekenen van de inkoopkosten als voor het in rekening brengen van de kosten voor de dienstverlening van apotheekhoudenden toegestaan zijn. Door middel van vrije tarieven worden alle schakels in de farmaceutische zorg gestimuleerd om maximale toegevoegde waarde te leveren voor de patiënt en verzekerde om wier gunst zorgaanbieders en zorgverzekeraars dingen. Vrije tarieven bevorderen eveneens specialisatie en differentiatie van dienstverlening. Met ingang van 1 januari 2009 is het mogelijk om een all-in tarief per patiënt/verzekerde of groep van patiënten/verzekerden overeen te komen, inclusief de kosten van de af te leveren geneesmiddelen. Hierdoor wordt de flexibiliteit van de tarief-systematiek vergroot en kunnen partijen die dat willen meer op hun wensen en eisen toegesneden tarieven hanteren.

- Rijksbijdrage zorgverzekeringsfonds

Met de rijksbijdrage voorkomen we dat huishoudens met kinderen jonger dan achttien jaar te hoge zorglasten hebben (€ 2,2 miljard). Kinderen tot

achttien jaar betalen geen nominale premie. De rijksbijdrage voorziet in de financiering van de premie van deze kinderen.

- (P) Prestatiebekostiging ziekenhuizen

In de brief «Waardering II» (kamerstuk 29 248, nr. 47) zijn de beleidsvoornemens voor de ziekenhuisbekostiging uiteengezet. In 2009 wordt opnieuw een belangrijke stap gezet richting volledige prestatiebekostiging. Op basis van positieve ontwikkelingen in het huidige B-segment, wordt dit vrije deel verder uitgebreid naar ongeveer een derde deel van de ziekenhuiszorg. Zorginstellingen en verzekeraars beschikken hiermee over een substantieel B-segment, waarmee ze kunnen aantonen goede afspraken te kunnen maken over prijs, volume en kwaliteit van zorg. In 2009 wordt bezien of het B-segment verder kan worden uitgebreid, dan wel of in het totale B-segment vanwege negatieve prijs- en/of volumeontwikkelingen, een maatstaf-/prijsbeheersingsinstrument moet worden ingevoerd per 2010.

- Verbeterplan DBC's

Voorwaarde voor verdere stappen richting volledige prestatiebekostiging op basis van DBC's is de invoering van het DBC-verbeterplan. Een belangrijk onderdeel van de verbeteringen is de nieuwe productstructuur. In deze nieuwe ordening wordt het aantal zorgproducten teruggebracht van 40 000 naar ongeveer 3 000. In 2009 wordt de invoering van het DBC verbeterplan verder voorbereid. Zo gaat een aantal ziekenhuizen schaduwdraaien met het nieuwe systeem, om praktische ervaring op te doen. In 2010 wordt het verbeterde DBC-systeem ingevoerd (€ 1 miljoen).

- (P) Huisartsen

Met betrekking tot de bekostiging van huisartsenzorg, zijn wij in gesprek met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over hoe de uitgaven aan huisartsenzorg met ingang van 2009 beheerst kunnen worden.

Beleidsartikelen/Artikel 42

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Rijksbijdragen	2 080 700	2 187 000	2 289 500	2 369 500	2 509 600
Rijksbijdrage 18-	2 080 700	2 187 000	2 289 500	2 369 500	2 509 600
Inkomensregelingen	3 803 583	4 231 250	4 536 069	4 862 847	5 213 166
Zorgtoeslag	3 803 583	4 231 250	4 536 069	4 862 847	5 213 166
Instellingsubsidies/structurele subsidies	8 559	8 559	8 559	8 559	8 559
Stichting DBC onderhoud	5 109	5 109	5 109	5 109	5 109
Stichting DBC onderhoud Releaseontwikkeling DIS+onderhoud	3 450	3 450	3 450	3 450	3 450
Projectsubsidies	1 698	1 700	500	500	500
Stichting instituut Ambulance zorg ICT2008	19	0	0	0	0
OTO GHOR projecten	200	0	0	0	0
Stichting DBC Onderhoud DBC Verbeterplan	979	1 200	0	0	0
Onderzoek NZA (DBC)	500	500	500	500	500
Opdrachten	9 532	7 143	8 034	7 273	7 273
<i>Onder andere:</i>					
KLPD Centrale meldkamer (LMAZ)	1 981	2000	2000	2000	2000
Logica Nederland Applicatiebeheer DIS	90	79	0	0	0
Logica Nederland Operationeel beheer DIS	447	264	0	0	0
Logica Nederland DIS klein onderhoud	36	76	0	0	0
Stichting DBC Onderhoud Eenvoudig Beter	172	0	0	0	0
Stichting DBC Onderhoud bouw Groeper	48	0	0	0	0
DBC zorg activiteiten (o.a communicatie)	340	340	340	340	340
DBC GGZ activiteiten	1 408	1 408	908	908	908
Risicoverevening	1 203	1 203	1 103	1 103	1 103
Stelselherziening	1 610	573	573	522	522
Voorlichting onverzekerden	1 600	0	0	0	0
Bijdrage aan andere Hoofdstukken	8 530	12 030	8 630	8 630	8 630
Bijdrage C2000 (MIN. BZK)	8 530	8 530	8 530	8 530	8 530
CJIB (onverzekerden)	0	3 500	100	100	100
Bijdrage aan ZBO's	13 600	11 800	9 400	8 000	6 700
CVZ (onverzekerden)	300	1 400	100	100	100
SVB (onverzekerden)	6 100	4 000	4 000	4 000	4 000
CVZ (wanbetalers)	7 200	6 400	5 300	3 900	2 600
Totaal	5 926 202	6 459 482	6 860 692	7 265 309	7 754 428

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

42.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Effectonderzoek ex post	Doelmatiger geneesmiddelengebruik	42.3.2	A 2008 B 2009
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
	Evaluatie risicoverevening door internationale experts	42.3.3	A 2008 B 2009
	Wetsevaluatie Zorgverzekeringswet (Zvw) 2006	42.3.3	A 2007 B 2009
	Wetsevaluatie Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	42.3.3	A 2007 B 2009

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
2009

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2009

In de beleidsagenda is op hoofdlijnen ingegaan op onze toekomstvisie voor de AWBZ: Zeker van zorg, nu en straks. In deze visie staat centraal dat wij duidelijkheid en zekerheid willen garanderen ten aanzien van de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg nu en in de toekomst voor kwetsbare mensen die langdurige zorg nodig hebben. Onze uitgangspunten bij het realiseren van een toekomstbestendige AWBZ zijn verwerkt in dit beleidsartikel:

1. versterken van de positie van de cliënt.
2. keuzevrijheid en diversiteit in wonen.
3. bestendigen van solidariteit en betaalbaarheid.
4. verminderen van bureaucratie door kwaliteit en eenvoud van de uitvoering.

Bij de operationele doelstellingen zijn de maatregelen beschreven die wij nemen (en hebben genomen) om invulling te geven aan deze uitgangspunten.

Cliënten moeten tevreden zijn en blijven over de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen. Het meten en verbeteren van deze kwaliteit van zorg, bevorderen en ondersteunen wij (kabinetsdoelstelling 45c).

Belangrijk aandachtspunt is een actief en consequent arbeidsmarktbeleid om ervoor te zorgen dat nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is voor de zorgsector. De zorginstellingen en de sociale partners, die hiervoor primair verantwoordelijk zijn, ondersteunen wij.

Aandacht van zorgaanbieders voor patiëntgerichte zorg blijft uiterst noodzakelijk. Vernieuwing van zorgconcepten en innovatie door zorgaanbieders spelen daarbij een belangrijke rol (kabinetsdoelstelling 46). Ons innovatiebeleid is in 2009 mede daarop gericht.

Wij vinden het belangrijk de palliatieve zorg te verbeteren en te versterken, zodat mensen in hun laatste levensfase goed worden verzorgd en met respect worden begeleid (kabinetsdoelstelling 48).

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor een goed werkend zorgstelsel voor de langdurige zorg door:

- 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 en in het bijzonder van cliënten en/of hun vertegenwoordigers met een langdurige of chronische aandoening of beperking;
- het stimuleren en versterken van het innoverend vermogen.

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. De volgende partijen zijn daarnaast van groot belang voor een toegankelijke en kwalitatief goede zorg:

- Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voert onafhankelijk de indicatiestelling van de AWBZ 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 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 de algemene doelstelling ten aanzien van de langdurige zorg is geen prestatie-indicator opgenomen. Het is namelijk niet mogelijk om de werking van het gehele stelsel van langdurige zorg in Nederland in een of enkele indicatoren samen te vatten. Het stelsel is daarvoor te veelzijdig. In april 2008 heeft de SER haar rapport over de houdbaarheid en kwaliteit van de AWBZ op de lange termijn opgeleverd. Het kabinetsstandpunt ten aanzien van dit rapport is richtinggevend voor de visie op de AWBZ en de maatregelen die noodzakelijk worden geacht.

In het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording legt de hele sector verpleging, verzorging en thuiszorg door middel van het kwaliteitskader verantwoorde zorg verantwoording af over de activiteiten in het kader van de langdurige zorg. De prestaties van het totale gezondheidszorgstelsel monitoren wij met de Zorgbalans, het document dat eens per twee jaar verschijnt en waarmee inzicht wordt verkregen in de ontwikkeling van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel. In dit document zijn ook indicatoren met betrekking tot de langdurige zorg opgenomen.

43.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplichtingen	4 968 230	5 344 342	5 383 635	5 823 752	5 869 242	5 863 802	5 923 196
Uitgaven	4 966 473	5 319 441	5 408 616	5 825 953	5 869 707	5 863 802	5 923 196
Programma-uitgaven	4 962 629	5 314 999	5 404 436	5 822 079	5 866 444	5 860 539	5 919 933
1 De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt	52 885	66 599	61 438	60 919	59 714	59 530	59 530
2 Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar	163 574	179 881	146 601	134 692	113 651	128 534	128 533
3 De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)	36 917	142 619	164 612	188 443	186 109	56 858	56 858
4 De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar	4 709 253	4 925 900	5 031 785	5 438 025	5 506 970	5 615 617	5 675 012
Apparaatsuitgaven	3 844	4 442	4 180	3 874	3 263	3 263	3 263
Ontvangsten	1 908	0	0	0	0	0	0

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

Budgetflexibiliteit	2009	2010	2011	2012	2013
<i>1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt</i>	<i>61 438</i>	<i>60 919</i>	<i>59 714</i>	<i>59 530</i>	<i>59 530</i>
Juridisch verplicht	60 202	58 079	57 020	57 020	57 020
Bestuurlijk gebonden	0	1 650	1 650	1 650	1 650
Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	1 236	1 190	1 044	860	860
<i>2. Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar</i>	<i>146 601</i>	<i>134 692</i>	<i>113 651</i>	<i>128 534</i>	<i>128 533</i>
Juridisch verplicht	140 669	125 631	106 844	100 529	103 577
Bestuurlijk gebonden	5 738	4 894	3 744	3 744	3 744
Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	194	4 167	3 063	24 261	21 212
<i>3. De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief goede zorg)</i>	<i>164 612</i>	<i>188 443</i>	<i>186 109</i>	<i>56 858</i>	<i>56 858</i>
Juridisch verplicht	121 598	135 301	123 651	32 589	29 689
Bestuurlijk gebonden	41 600	48 936	48 336	12 336	10 836
Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	1 414	4 206	14 122	11 933	16 333
<i>4. De kosten van de zorg zijn maatschappelijk aanvaardbaar</i>	<i>5 031 785</i>	<i>5 438 025</i>	<i>5 506 970</i>	<i>5 615 617</i>	<i>5 675 012</i>
Juridisch verplicht	5 030 761	5 437 001	5 505 946	5 614 542	5 673 939
Bestuurlijk gebonden	768	768	768	806	805
Niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden	256	256	256	269	268

Beleidsartikelen/Artikel 43

Toelichting:

Het niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden bedrag voor operationele doelstelling 1 is onder andere geraamd voor het realiseren van één hoofdstroom van gegevens van het veld naar de overheid.

Het niet-verplicht of niet-bestuurlijk gebonden bedrag voor operationele doelstelling 3 is onder andere bedoeld voor verdere invulling van het veiligheidsbeleid in verband met de ontwikkeling van indicatoren verantwoorde zorg.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Langdurige geestelijke gezondheidszorg	4 083,7	1 308,3	1 340,0	1 408,0	1 432,0	1 449,4	1 467,7
Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	86,5						
Gehandicaptenzorg	5 260,9	5 545,8	5 612,4	5 677,1	5 709,2	5 754,0	5 787,5
Verpleging en verzorging	11 343,8	11 951,5	12 021,6	12 035,0	12 043,2	12 094,0	12 162,3
Persoonsgebonden budgetten	1 333,0	1 669,3	1 853,8	2 058,8	2 300,8	2 541,8	2 541,8
Subsidies langdurige zorg	77,1	82,2	69,9	69,9	69,9	69,9	69,9
Beheerskosten/diversen AWBZ	214,8	226,7	237,7	239,4	239,7	239,7	239,8
Langdurige zorg onverdeeld	42,3	75,2	645,1	261,2	751,5	681,3	635,8
Totaal	22 442,1	20 859,0	21 780,5	21 749,4	22 546,3	22 830,1	22 904,8
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		- 7,1%	4,3%	- 0,1%	3,7%	1,3%	0,3%

Bron: VWS

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 2008 en de miljoenennota 2009 verwerkt. Voor 2008 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2009 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

De middelen die betrekking hebben op de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn met ingang van 2008 naar artikel 42 Gezondheidszorg verplaatst. Onder artikel 43 blijft de langdurige geestelijke gezondheidszorg verantwoord. De vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten zijn vanaf 2008 op artikel 42 terug te vinden als Geneeskundige GGZ door vrijgevestigden.

De minister voor Jeugd & Gezin draagt de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de jeugd-ggz en de jeugdige licht verstandelijke gehandicapten (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 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.

Geraamde premie-uitgaven bij de belangrijkste premie-gefinancierde prioriteiten

Premiegefinancierde prioriteiten (bedragen x € 1 000 000)							
	OD	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitvoering door zorgkantoren verbeteren	43.3.2		pm	pm	pm	pm	pm
Persoonsgebonden budget	43.3.2	388,0	593,0	835,0	1 076,0	1 076,0	1 076,0
Verbeteren kwaliteit gehandicaptenzorg	43.3.3	42,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0
Volledig pakket thuis	43.3.3	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Meer vrijheid door scheiden van wonen en zorg	43.3.3		–	–	–	–	–
Bouwprogramma 2008 (waaronder kamers zorghuizen)	43.3.3	88,0	97,0	494,0	636,0	713,0	
Afspraken zorgaanbieders AWBZ	43.3.4		n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Maatregelen care	43.3.4		– 91,0	– 712,0	– 776,0	– 840,0	– 840,0
Ruimte voor wensen van de cliënt	43.3.4		pm	pm	pm	pm	pm
Overheveling reactiveringszorg	43.3.4		–	400,0	–	–	–

Bron: VWS

43.3 Operationele doelstellingen

Er zijn 4 operationele doelstellingen op het terrein van langdurige zorg:

1. De positie van de burger in het zorgstelsel wordt versterkt;
2. Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar;
3. De zorg is effectief en veilig en wordt door de cliënt positief ervaren (kwalitatief 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 zorgaanbieders. De zeggenschap van burgers/cliënten wordt op die manier vergroot. Zorgaanbieders worden daardoor gestimuleerd zich te onderscheiden 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.

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

Prestatie-indicatoren			
Indicator	2007	2008	Streefwaarde 2009
Voor de sectoren <i>Verpleging, verzorging en thuiszorg</i> is voor alle instellingen inzicht in aanbod en kwaliteit beschikbaar op www.kiesbeter.nl			
– Verpleging en verzorging	15%	49%	100%
– Thuiszorg	55%	–	100%

Bron:

Kwaliteitskader verantwoorde zorg

Toelichting:

- 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 www.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

- **Maatschappelijke Verantwoording**

Via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording leggen zorginstellingen jaarlijks verantwoording af over het voorgaande jaar. Door de bundeling van de verplichte jaarlijkse gegevensstromen zoals het jaarverslag, de jaarrekening, het kwaliteitsjaarverslag, het klachtjaarverslag en het sociaal jaarverslag is de afgelopen jaren een vermindering in administratieve lasten gerealiseerd van 59% voor participerende instellingen (Research voor Beleid, Evaluatie van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg 2006, 12 oktober 2007). In 2008 komt voor het eerst een volledig ingevulde database (DigiMV) beschikbaar met de prestaties van zorginstellingen. DigiMV en de achterliggende bestanden bieden informatie voor overheid, verzekeraars, brancheorganisaties, cliënten en patiënten ter verbetering en beheersing van de zorg in Nederland. In 2009 wordt de gebruiksvriendelijkheid voor de gegevensinvoerende partijen verder ontwikkeld (€ 0,8 miljoen).

- **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). 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 (€ 3,3 miljoen). De informatie over instellingen zal voor de sector Verpleging en Verzorging en thuiszorg in september 2008 openbaar worden gemaakt via www.kiesbeter.nl (totale kosten van het portal € 4,2 miljoen). De overige sectoren volgen later (zie ook bovenstaande prestatie-indicator). Daarnaast wordt gezocht naar wegen om het proces van meten van kwaliteit tot going concern van de instelling te maken.

Instrumenten ter verbetering van de rechtspositie van burger

- **Rechten van cliënten en patiënten**

Deze kabinetsperiode worden de rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders wettelijk vastgelegd, conform de beleidsvoornemens in het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» (kamerstuk 31 476, nr.1). In het voorjaar van 2009 zal het kabinet een voorstel voor wetgeving om de positie van de cliënt in de zorg te versterken indienen bij de Tweede Kamer (kabinetsdoelstelling 45d).

- **Versterking rechtspositie cliënten en patiënten door toepassing geschilbeslechting**

Het kabinet hecht aan een snelle en effectieve behandeling van signalen, klachten en geschillen binnen zorginstellingen. Dit is noodzakelijk voor de verdere verbetering van kwaliteit. Daarnaast moet de cliënt, wanneer dat nodig is om zijn rechten te handhaven, zijn klacht of geschil op een eenvoudige manier kunnen voorleggen aan een onpartijdige instantie buiten de instelling.

De in 2008 door organisaties van cliënten en zorgaanbieders ingestelde geschillencommissie zorginstellingen wordt ook in 2009 ondersteund. De inzet daarbij is zoveel mogelijk voor te sorteren op de verplichte inrichting van de externe behandeling van klachten en geschillen, zoals aangekondigd in het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» (kamerstuk 31 476, nr. 1) (€ 0,2 miljoen).

● Patiëntenorganisaties versterken

We willen de organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen (PGO) versterken zodat zij in de nieuwe stelsels van zorg en maatschappelijke ondersteuning volwaardige gesprekspartners kunnen zijn van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere maatschappelijke organisaties (€ 39,6 miljoen). Per 1 januari 2009 wordt een nieuwe subsidiesystematiek geïntroduceerd om de circa 220 PGO-organisaties te versterken en samenwerking te stimuleren. De PGO-organisaties worden uitgenodigd vierjarenplannen in te dienen. Deze plannen vormen de basis voor de subsidieverlening waardoor PGO-organisaties meerjarige zekerheid krijgen.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingssubsidies	5 766	5 769	5 769	5 769	5 769
<i>Onder andere</i>					
NIVEL	4 683	4 686	4 686	4 686	4 686
Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector	868	868	868	868	868
Projectsubsidies	135	59	0	0	0
Opdrachten	3 736	4 690	3 544	3 360	3 360
Uitgaven voor onder andere het vergroten van transparantie in de zorg en het realiseren van één hoofdstroom van gegevens van het veld naar de overheid.					
Bijdragen aan baten-lastendiensten	50 251	48 751	48 751	48 751	48 751
<i>Onder andere</i>					
CIBG: verstrekken van subsidies aan PGO-organisaties	39 556	39 556	39 556	39 556	39 556
RIVM: www.kiesbeter.nl en Zorgbalans	4 922	4 922	4 922	4 922	4 922
CIBG: DigiMV	815	815	815	815	815
Bijdragen aan ZBO's/RWT's	1 550	1 650	1 650	1 650	1 650
Dit betreft middelen die via ZonMw worden ingezet voor patiëntveiligheid en het meten van patiëntenervaringen.					
Totaal	61 438	60 919	59 714	59 530	59 530

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

43.3.2 Voor iedere cliënt is de noodzakelijke zorg beschikbaar

Motivering

Motivering

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

- De cliënt snel weet waar hij of zij 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.

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2005	2006	2007	Streefwaarde 2009	Streefwaarde Lange termijn
1. cliënttevredenheid over indicatiestelling CIZ	–	7,5	–	8,0	8,5
2. % cliënten dat binnen de Treeknormen zorg ontvangt	–	89%	86%	90%	95%
3. % indicatie-aanvragen dat is afgedaan binnen de wettelijke termijn (0 tot 6 weken)	–	89%	88%	90%	95%

Bronnen:

1. Jaarverslag CIZ
2. AZR
3. 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 behandeltermijnen en de begrijpelijkheid van de indicatie. In 2007 heeft geen meting plaatsgevonden. Het CIZ heeft het streven vanaf 2009 de klanttevredenheid jaarlijks te meten.
2. Bij het percentage cliënten dat wordt geholpen binnen de Treeknorm worden de cijfers geschoond van cliënten die kiezen voor een PGB of kiezen voor wachten op een specifieke aanbieder van voorkeur.
3. 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

- **Indicatiestelling**

Het centraal indicatieorgaan zorg (CIZ) verzorgt de onafhankelijke indicatiestelling voor de AWBZ en wordt op basis van een activiteitenplan gesubsidieerd. Voor het jaar 2008 is een instellingssubsidie van € 153,5 miljoen verleend. Als uitvloeisel van het Coalitieakkoord is een taakstelling overeengekomen voor de periode 2007–2011. Om die taakstelling aan het einde van 2011 te kunnen halen, is aan het CIZ € 10,6 miljoen voor investeringen in efficiency beschikbaar gesteld. Voor 2009 zal het CIZ, bij een gelijkblijvend aantal van 950 000 indicatieaanvragen, een instellingssubsidie van € 140,6 miljoen aanvragen. De hoogte van de instellingssubsidie zal de komende jaren als gevolg van vereenvoudigingen in de uitvoering en de beoogde efficiencyverbetering verder dalen. In 2009 wordt verder gewerkt aan de beleidsdoorlichting van de indicatiestelling.

De uitvoering van de indicatiestelling moet nog verder verbeteren. Daartoe worden de vereenvoudigingsvoorstellen in pilots uitgetest. Bij brieven van 29 mei en 12 oktober 2007 en van 7 juli 2008 is de Tweede Kamer daarover geïnformeerd. Deze verbeteringen staan in het licht van enerzijds de vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ (motie Van der Veen c.s. (kamerstuk 30 800 XVI, nr. 73) en anderzijds in die van de taakstelling, zoals die vanuit het Coalitieakkoord aan het CIZ is opgelegd.

- **(P) Uitvoering door zorgkantoren verbeteren**

De uitvoering van de AWBZ verloopt via zorgkantoren die worden aangestuurd door een aantal zorgverzekeraars, de zogenaamde concessiehouders. Eind 2008 eindigt de huidige concessieperiode. Voor de periode 2009–2011 wordt de concessie verlengd en zal de regionale zorgkantoorstructuur in stand blijven. Wel zal de uitvoeringsopdracht strakker worden geformuleerd binnen de beleidsuitgangspunten die in het kader van de beleidsvisie Langdurige Zorg zijn gesteld. Dit zal, onder andere, leiden tot

een uniformering op het gebied van kwaliteitsvereisten aan zorgaanbieders, initiatieven waarbij de cliënt centraal staat (onder meer actuele informatie over beschikbaar zorgaanbod en aandacht voor ketenzorg), vermindering van administratieve belasting en aandacht voor doelmatigheid. Om een en ander te faciliteren zal de NZa haar toezicht inrichten op basis van de beleidsuitgangspunten, de verdelingsystematiek van de contracteerruimte vernieuwen, en aandacht besteden aan de bovenregionale contractering.

- (P) Persoonsgebonden budget

Mensen met een indicatie voor AWBZ-zorg kunnen kiezen tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget (PGB). De belangstelling voor een pgb is de laatste jaren flink toegenomen. Het budgettaire beslag van de pgb-regeling stijgt fors.

Om te voorkomen dat voor zorgvraag in natura, die ook stijgt, te weinig middelen resteren nemen wij AWBZ brede maatregelen. De maatregelen zijn erop gericht strak te omschrijven wie, wanneer, waar precies recht op heeft teneinde de betaalbaarheid en solidariteit ook in de toekomst te waarborgen. De PGB-regeling zal in lijn met het herijken van het pakket van verzekerde aanspraken worden aangepast.

Naar aanleiding van de motie-Van Miltenburg van 3 juni jl. c.s. over concrete voorstellen om de subsidieregeling pgb op te heffen (30 597, nr. 21) geldt dat samen met betrokken organisaties zal worden nagegaan welke stappen hiervoor nodig zijn. Er komt een plan van aanpak dat in grote lijnen aan zal geven welke keuzes gemaakt moeten worden en wat er concreet moet gebeuren om het PGB wettelijk te verankeren. Van belang voor dit plan van aanpak is de aan de NZa gevraagde uitvoeringstoets inzake de mogelijkheid tot het invoeren van één financiële ruimte in de AWBZ voor zorg in natura en PGB's gezamenlijk. Deze uitvoeringstoets wordt verwacht in 2009.

- Participatiebudget (bedrag)

Op 1 januari 2008 is de pilot participatiebudget Werk en Zorg van start gegaan in de regio's Groningen, Twente, Arnhem, Nijmegen en Noord- en Midden-Limburg. Het participatiebudget Werk en Zorg is een vorm van een persoonsgebonden budget dat vrijelijk te besteden is aan AWBZ-zorg en WIA-werkvoorzieningen. Cliënten kunnen met dit participatiebudget zelf beslissen of ze wat meer zorg en wat minder werkvoorzieningen of ondersteuning inkopen of juist omgekeerd.

In de pilot wordt onderzocht of er door een participatiebudget verbetering optreedt in keuzemogelijkheden en kwaliteit en vermindering in administratieve lasten voor de deelnemers. Ook moet de pilot duidelijk maken wat het invoeren van een participatiebudget betekent voor de uitvoeringsorganisaties. Het participatiebudget kan tot 1 januari 2009 worden aangevraagd en tot 1 januari 2010 worden besteed.

Het aantal deelnemers aan de pilot is laag. Dit wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door de smalle invulling van de pilot, waardoor het aantal potentiële deelnemers, d.w.z. personen met zowel een indicatie voor AWBZ-zorg als een indicatie voor een WIA-werkvoorziening, beperkt is. Daarnaast is gebleken dat met name de ontschotting van budgetten en het verschil aan doelstellingen die aan de verstrekking van zorg en werkvoorzieningen ten grondslag liggen het inrichten van een participatiebudget complex maken. Om meer cliënten in aanmerking te laten komen wordt gezien of verlenging dan wel uitbreiding van de pilot met meer regelingen mogelijk is (€ 0,2 miljoen).

● Stroomlijning Indicatieprocessen

Het programma stroomlijning indicatiestelling (€ 1,3 miljoen) in zorg en sociale zekerheid is in 2006 gestart vanuit het programma administratieve lastenverlichting. Door middel van het programma wordt beter zicht verkregen op de mogelijkheden om de indicatiestelling voor meervoudige gevallen zo te organiseren dat de cliënten minder administratieve lasten beleven en efficiënt en effectief geholpen worden. Binnen drie projecten wordt onderzocht:

- Hoe de cliënt betere informatie krijgt en makkelijker door het aanvraagproces komt (project Regelhulp).
- Hoe de interactie tussen de professionals en cliënt met minder administratieve lasten voor de cliënt én de professionals kan verlopen, en hoe de samenwerking tussen de diverse betrokken instanties efficiënter vorm kan krijgen (pilots gezamenlijk indiceren).
- Hoe bestaande informatiebronnen daarbij beter gebruikt en hergebruikt kunnen worden (project indicatiedossier).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	143 750	128 712	109 925	103 610	106 658
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	140 613	125 575	106 788	100 473	103 521
Uitvoering TOG-regeling	3 137	3 137	3 137	3 137	3 137
Projectsubsidies	550	0	0	0	0
Programma innovatie indicatiestelling	550	0	0	0	0
Opdrachten	2 301	5 980	3 726	24 924	21 875
<i>Onder andere</i>					
Ontwikkeling en evaluatie PGB	250	250	0	0	0
Beleidsvaluatie indicatiestelling	450	450	0	0	0
Programma Stroomlijning Indicatieprocessen	1 300	1 000	550	550	550
Programma Participatiebudget	200	0	0	0	0
Totaal	146 601	134 692	113 651	128 534	128 533

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 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 deze 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 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 onderstaande indicatoren.

Prestatie-indicatoren					
Indicatoren	Waarde 2006	Waarde 2007	Waarde 2008	Streefwaarde 2009	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. Prevalentie decubitus					
– Verzorgingshuizen	–	2,5%	–	–	–
– Verpleeghuizen	–	5,5%	3,6%	–	–
– Thuiszorg	–	–	–	–	–
– Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg	–	–	–	2,8%	2%
2. Prevalentie voedingstoestand					
– Verzorgingshuizen	–	4%	–	–	–
– Verpleeghuizen	–	7,5%	–	–	–
– Thuiszorg	–	–	–	–	–
– Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg	–	–	3,2%	3,2%	2,5%
3. Percentage instellingen dat CQ-index meet					
– Verzorgingshuizen	–	15%	–	–	–
– Verpleeghuizen	–	15%	–	–	–
– Thuiszorg	–	55%	–	–	–
– Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg	–	–	49%	100%	100%
– Gehandicaptenzorg	–	55%	45%	100%	100%
– Geestelijke gezondheidszorg	–	–	–	50%	100%
4. Score op de indicator bejegening van cliënten/ bewoners					
– Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg	–	2,87	3,4	3,4	3,6
– Gehandicaptenzorg	–	80,9	81	84	86
– Geestelijke Gezondheidszorg	–	–	–	Doorontwikkeling	
5. Ontwikkeling indicatoren voor ketenzorg voor vier ziektebeelden:					
– Dementie	–	–	Ontwikkeld	Pilotjaar	Invoering
– Diabetes mellitus	–	–	Ontwikkeld	Pilotjaar	Invoering
– Hart- en vaatziekten	–	–	–	Ontwikkeld	Pilotjaar
– COPD	–	–	–	Ontwikkeld	Pilotjaar
6. Percentage instellingen dat werkt met een veiligheidsmanagement-systeem (VMS)					
– Verpleeg- en verzorgingshuizen	–	–	10%	50%	100%
– Thuiszorg	–	–	10%	50%	100%
– Gehandicaptenzorg	–	–	30%	60%	100%
7. Aantal plaatsen in kamers voor meer dan twee personen	16 200	14 153	–	–	0

Bronnen:

1 tot en met 4: Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg

5 tot en met 7: VWS

Toelichting:

Algemeen:

De sector verpleging & verzorging meet in 2007–2008 voor het eerst het Kwaliteitskader verantwoorde zorg in alle instellingen. Dit betekent dat er in deze begroting nieuwe cijfers kunnen worden gepresenteerd over de gemeten kwaliteit van zorg. De cijfers zoals in de voorgaande jaren gepresenteerd in de begroting van VWS kwamen voort in de Landelijke prevalentie meting Zorgproblemen (LPZ). In het schema hierboven zijn de cijfers over 2007 afkomstig van de resultaten van de LPZ meting van april 2007. De cijfers over 2008 zijn resultaten uit de meting van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg, zoals gepresenteerd in september 2008. Zie hiervoor ook de brief die september 2008 aan de kamer is verzonden.

1. Prevalentiecijfer decubitus is hier bedoeld als: decubitus exclusief graad 1, dus graad 2 tot en met 4, in de instelling ontstaan. De waarde over 2007 is de LPZ meting, de waarde over 2008 is de meting Kwaliteitskader verantwoorde zorg. De zorginhoudelijke indicatoren worden gemeten op een schaal van 0% tot 100%.
2. Voedingstoestand is hier bedoeld als: een onbedoelde en niet binnen het afgesproken behandelbeleid passende gewichtsafname van meer dan 3 kg in de laatste maand, of meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden.
3. Met ingang van 2007 is het meten van cliëntervaring middels de Consumers quality index (CQ index) ingevoerd. De afspraak is dat zorginstellingen éénmaal per twee jaar deze CQ index meten. Dit verklaart dat er in 2008 voor de helft van de zorginstellingen gemeten is in de langdurige zorg. In 2009 zal de andere helft van de zorginstellingen meten.
4. De CQ indicatoren kennen een schaal van 1 tot 4 (1: minst positieve ervaringen, 4: meest positieve ervaringen) waarin we de uitkomsten weergeven.
De gehandicaptenzorg start in 2009 met het meten van het kwaliteitskader verantwoorde zorg. De nieuwe versie zal waarschijnlijk de ClientErvarings-index (CE-index) gaan heten. Deze CE-index is naar verwachting in het eerste kwartaal van 2009 gereed voor VG- en LVG-clënten. De daarop volgende maanden wordt het instrument doorontwikkeld voor de overige doelgroepen binnen de gehandicaptensector. De inzet is om in de zomer van 2009 voor de gehele gehandicaptensector een CE-index te hebben, zodat hier in het najaar van 2009 mee gewerkt kan worden. De CE-index hanteert een schaal van 1 tot 100.
7. Medio 2008 moeten nog circa 3 100 kamers in bestaande bouw worden gerenoveerd en circa 3 100 kamers door (kleinschalige) nieuwbouw worden vervangen.

Belangrijkste instrumenten voor kwalitatief goede zorg

- (P) Verbetering kwaliteit gehandicaptenzorg
Naar aanleiding van het rapport «Gehandicapten onder druk» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt in 2009 wordt € 42 miljoen oplopend tot € 72 in 2010 uitgetrokken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor gehandicapten met een hoge zorgzwaarte.
- Innovatiebeleid
In het brede innovatiebeleid van VWS (brief aan de TK, 7 februari 2008, MEVA/AEB-2830484) past een aantal reeds eerder ingezette instrumenten om innovaties in de AWBZ te stimuleren:
 - Het Zorgvoorbeter-programma «Invoeren van Innovaties in de care» dat loopt tot en met 2009 spoort bestaande, succesvolle innovaties op die bijdragen aan duurzame zorg en stimuleert de verspreiding ervan (€ 1,4 miljoen).
 - De deelname van VWS aan het Europese programma Ambient Assisted Living (AAL) is er op gericht ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te wonen en te leven, ook als ze last krijgen van lichamelijke en/of geestelijke beperkingen. Deelname aan dit programma biedt het zorgveld en de industrie de gelegenheid om de ontwikkeling en innovatiekracht op Europees niveau te bundelen. Behoeften en wensen van de ouderen (en hun mantelzorgers) vormen het uitgangspunt. Dit programma loopt tot en met 2013 (€ 0,5 miljoen).
 - Het Transitieprogramma in de Langdurige Zorg (TPLZ) biedt een kader om samen te werken aan aanpassingen in structuur, cultuur en werkwijze voor een groter innovatievermogen in de langdurige zorg. Het programma is vooral gericht op houdbaarheid van de langdurige zorg maar ook op patiëntgerichtheid en maatwerk. Het programma stelt experimenteerruimte en -middelen beschikbaar en brengt uitwisseling van (praktijk)kennis op gang tussen experimenterende instellingen en een vernieuwingsnetwerk (Transitiearena). Het programma loopt tot en met 2011 (€ 2 miljoen).
 - (P) In 2009 krijgen zorginstellingen en zorgkantoren budgettaire ruimte voor kortdurende kleinschalige experimenten met zorginnovaties in het kader van de NZa-beleidsregel «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties». In de aanwijzing contracteerruimte AWBZ wordt landelijke budgetruimte voor deze experimenten vastgesteld. Een deel

van deze ruimte zal gericht moeten zijn op relevante prioriteiten uit de «Agenda voor de langdurige zorg», zoals de zorg voor dementerende ouderen.

- In 2009 wordt uitvoering gegeven aan het plan «Zorg voor mensen met dementie» dat op 17 juni 2008 aan de TK is aangeboden. De ervaringen die worden opgedaan met het bieden van ketenzorg dementie, geven inzicht in de vraag of ketenzorg in de gehele langdurige zorg praktijk kan worden (€ 0,5 miljoen).

- **Arbeidsmarktbeleid**

Gegeven de toenemende vraag naar zorgpersoneel en de nog beperkt groeiende beroepsbevolking, dient een actief en consequent arbeidsmarktbeleid ervoor te zorgen dat nu en in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is voor de zorgsector. De primaire verantwoordelijkheid ligt daarvoor allereerst bij de zorginstellingen en de sociale partners. De overheid heeft met name een ondersteunende rol. Op basis van overleg met sociale partners, en rekening houdend met de verantwoordelijkheid van het kabinet voor het algemene arbeidsmarkt- en onderwijsbeleid, is in de Arbeidsmarktbrief 2007 «Werken aan de zorg» (kamerstukken 29 282, nr. 46) een actieplan opgesteld. Op verzoek van de Tweede Kamer wordt nog een nadere uitwerking van de verschillende arbeidsmarktactiviteiten, zowel van de overheid als van de sociale partners naar de Tweede Kamer gestuurd. In 2009 gaan wij verder op de ingeslagen weg. Dat betekent dat langs drie sporen activiteiten ontwikkeld worden: innovatie van zorgprocessen (toegelicht onder het instrument innovatie in artikel 42 en 43); investeren in behoud van personeel en vergroten van de instroom van nieuw personeel.

In 2009 wordt het stagefonds niet alleen voortgezet, maar wordt ook het bijbehorende budget verhoogd tot € 55 miljoen. Tevens worden de bestaande beleidsregels voor stageplaatsen van BBL-ers overgeheveld naar het stagefonds. Door de overheid wordt hierbij extra geïnvesteerd om dit ook voor de jeugdzorg, de thuiszorg en de V&V sector mogelijk te maken.

Voor allerlei ondersteunende maatregelen is daar bovenop in 2009 € 17 miljoen beschikbaar. Deze middelen zullen met name ingezet worden:

- voor een verdere uitrol van de regionale pilots en de pilots gericht op werving van allochtone vrouwen;
- voor het stimuleren van de instroom van jongeren in zorgopleidingen (gerichte imagocampagnes op scholen, subsidieregeling voor vaccinatie tegen Hepatitis B);
- voor een betere aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt (platforms voor werken en leren, implementatie nieuwe opleiding maatschappelijk zorg voor de gehandicaptenzorg);
- voor het stimuleren van het behoud van personeel (vervolg op project ergocoaches, stimuleringsregeling leeftijdsbewust personeelsbeleid);
- voor versterking van de regionale samenwerking tussen zorginstellingen op het terrein van de arbeidsmarkt.

- **Zorgzwaartebekostiging en persoonsvolgende bekostiging**

In reactie op onder andere het SER-advies heeft het kabinet aangegeven in de toekomst persoonsvolgende bekostiging verder door te willen voeren in de AWBZ. Een persoonsvolgend bekostigingssysteem draagt bij aan de cliëntgerichtheid van de zorg. Stapsgewijs wordt toegewerkt naar een meer persoonsvolgende wijze van bekostiging. Dit gebeurt vooralsnog binnen de besturingsstructuur van de AWBZ. De invoering van

zorgzwaartebekostiging voor verblijfszorg is een eerste stap. Vanaf 1 januari 2009 heeft de zorgzwaartebekostiging financiële gevolgen voor alle intramurale zorgaanbieders. De reeds gestarte ontwikkeling van een overzichtelijke reeks van zorgzwaartepakketten voor extramurale zorg wordt in 2009 voortgezet (€ 4,5 miljoen).

- (P) Volledig pakket («Integrale zorg thuis»)

Per 1 januari 2009 wordt de regeling volledig pakket verder uitgebreid. Het volledig pakket mag alleen door intramurale aanbieders worden geleverd. De beperking in de huidige regeling dat de levering dient te gebeuren binnen de toegelaten capaciteit, komt te vervallen. Extramurale aanbieders kunnen het volledig pakket alleen leveren als zij daarvoor door een intramurale aanbieder worden ingeschakeld. De intramurale aanbieder blijft eindverantwoordelijk. De inkoop van het volledig pakket vindt plaats binnen de geldende contracteerruimte waarmee de mogelijk aanzuigende werking wordt begrensd tot de beschikbare financiële kaders.

Voor cliënten betekent deze uitbreiding meer keuzevrijheid. De cliënt maakt zelf uit waar hij wil gaan wonen: thuis, een geclusterde woonvorm of een intramurale instelling. Dit binnen de randvoorwaarde dat de zorgaanbieder de zorg ook daadwerkelijk kan leveren.

De regeling is ook een belangrijke stap om het scheiden van wonen en zorg verder te stimuleren. Dit sluit goed aan bij de kabinetsreactie op het SER-advies over de toekomst van de AWBZ. De SER spreekt zich daarin namelijk uit over een vergaande scheiding van wonen en zorg in de AWBZ.

- (P) Meer vrijheid door scheiden van wonen en zorg

In het licht van de noodzaak en wenselijkheid verder in te spelen op de toenemende diversiteit van woon- en zorgbehoeften, met name bij ouderen, wil het kabinet voor mensen met somatische beperkingen en lichamelijk en zintuiglijke gehandicapten het financieel scheiden van wonen en zorg verder bevorderen. Mensen moeten in de regel de zorg kunnen ontvangen op een plaats waar zij graag willen wonen. Het extra wooncomfort dat mensen verlangen kan veel beter in de volkshuisvesting worden gerealiseerd dan in de AWBZ. In 2008 is samen met de minister van WWI en partijen in het veld het actieplan «Beter thuis in de buurt» uitgewerkt. Met de uitvoering van het programma wordt toename en variatie van woonvormen voor mensen met een zorgvraag gestimuleerd. Onderdeel van het plan is het totstand komen van wijkservicepunten voor zorg en wonen. Met verdere invoering van het volledig pakket thuis zal het eenvoudiger worden om ook zwaardere zorg op basis van scheiden van wonen en zorg te blijven ontvangen. Naar verwachting zal dit corporaties en zorginstellingen aanmoedigen hoogwaardige woon-zorg combinaties te ontwikkelen.

- Palliatieve zorg

Het kabinet hecht sterk aan het verder ontwikkelen en verbeteren van palliatieve zorg. Dit is in het Coalitieakkoord opgenomen. Het kabinet wil dat mensen in hun laatste levensfase goed worden verzorgd en met respect worden begeleid. Mensen waardig te laten sterven is een belangrijk doel van palliatieve zorg. Daarbij is zowel een belangrijke rol weggelegd voor professionele zorgverleners als voor vrijwilligers. De palliatieve zorg op het niveau van de wijk, dicht bij de mensen thuis, wordt versterkt. Daarom doet dit kabinet een forse investering door vanaf 2008 jaarlijks bijna € 10 miljoen extra beschikbaar te stellen; € 4,2 miljoen voor ophoging van de Subsidieregeling Palliatieve Terminale Zorg (totaal

vanaf 2008 € 15,6 miljoen), € 2 miljoen tegemoetkoming in de huisvestingslasten van bijna-thuishuizen en high care hospices. Daarnaast is € 3,8 miljoen beschikbaar voor resterende actiepunten uit het actieplan «Palliatieve Zorg 2008–2010» dat op 15 april 2008 aan de kamer is verzonden (kamerstuk 29 509, nr. 19).

- **Rechtsbescherming cliënten bij dwang**

Met het wetsvoorstel «Zorg en dwang» wordt een uniforme regeling voorgesteld voor onvrijwillige zorg, die is toegespitst op het bijzondere karakter van de zorg voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, ongeacht de plaats waar zij verblijven. In de regeling wordt aangegeven welke bevoegdheden een zorgverlener heeft en welke rechten daar tegenover staan voor de cliënt. Daarnaast wordt een duidelijk afwegingskader geboden aan zorgverleners. Kwetsbare groepen wordt betere rechtsbescherming geboden. Als gevolg van het wetsvoorstel zal de Wet bopz, met uitzondering van de procedure voor gedwongen opnemingen, niet meer van toepassing zijn op de genoemde groepen. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van het wetsvoorstel, is in het kader van het programma «Zorg voor Beter» begonnen met het terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg. Een richtinggevend kader voor het toepassen van dergelijke maatregelen, dat in de huidige situatie ook al door zorgaanbieders onder de Wet bopz kan worden gebruikt, is reeds aan de Kamer aangeboden.

- **Zorgplan**

Als cliënten langdurig van zorg gebruik maken is het essentieel dat de afspraken over de behandeling, verzorging, verpleging en begeleiding tussen cliënt en zorgaanbieder in een zorgplan worden vastgelegd. Dit zal, vooruitlopend op wettelijke verankering, nader worden uitgewerkt in een algemene maatregel van bestuur die in 2009 in werking treedt. Daarin wordt aan zorgaanbieders de verplichting opgelegd om het zorgplan in samenspraak met de cliënt vast te stellen. De mogelijkheid vooraf mee te praten versterkt de positie van cliënten. De maatregel geeft hen bovendien een waarborg voor het geval een zorgplan niet tot stand mocht komen.

- **Implementatie kwaliteitskader verantwoorde zorg**

De implementatie van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg in elke sector is van groot belang om verdere stappen in de verbetering van kwaliteit te zetten. In 2009 gaan we verder met het implementeren van de cyclus meten, verbeteren en borgen van kwaliteit. In 2009 zal de hele sector van verpleging, verzorging en thuiszorg opnieuw verslag doen van de stand van de kwaliteit via het Jaardocument «Maatschappelijke Verantwoording». In de gehandicaptensector kan vanaf 2009 een landelijke uitrol van de indicatoren plaatsvinden. De uitkomsten hiervan zullen dan in 2010 worden gepresenteerd. Daarnaast zoeken we naar wegen om het proces van meten van kwaliteit tot going concern van de instelling te maken. Om de administratieve lasten te verminderen zullen we verbindingen leggen met andere processen zoals de zorgzwaartebekostiging. Vooralsnog is deze informatie nog onvoldoende om als basis voor financiering te gebruiken. De beoogde beloning van best practices zal daarom in 2009 nog niet worden toegepast (€ 1,9 miljoen).

- **Ouderenprogramma (geriatrische zorg)**

Van de ouderen boven de 65 jaar wordt 62% geconfronteerd met meervoudige problematiek. Naar schatting is daarvan 20% kwetsbaar voor verstoringen van een wankel evenwicht met als gevolg functie-

verlies, verlies van zelfredzaamheid en minder welbevinden. Het ouderenprogramma is erop gericht voor deze groep in een zo vroeg mogelijk stadium meerwaarde te scheppen in de behandeling van deze gevolgen. Dit wordt bereikt door het onderzoek naar brede geriatrische kennis te stimuleren, door experimenten te doen met slimme combinaties van interventies die worden geëvalueerd op meerwaarde. De eerste lijn speelt hierbij een belangrijke rol. Maar ook kennis uit de (acute) ziekenhuiszorg, de verpleeghuiszorg en het gemeentelijk domein spelen hierin een rol. In mijn brief aan uw kamer, d.d. 12 november 2007 met kenmerk 2806455, kondigden wij u dit programma aan. Het programma is in 2008 gestart, in 2009 is voor dit programma € 18 miljoen beschikbaar.

- **Kwaliteit meten, verbeteren en borgen/Zorg voor Beter**
Het beleid om kwaliteit te verbeteren richt zich op het meten van de kwaliteit van zorg, het verbeteren van deze zorg en het borgen van deze verbetering. Het meten van de kwaliteit van zorg gebeurt via de Kwaliteitskaders verantwoorde zorg. Het verbeteren van de zorg doen we onder andere door het programma Zorg voor Beter, door het werken aan ketenzorg en aandacht voor veiligheid en cliëntgerichtheid in de zorg. Voor 2009 staat de verdere ontwikkeling van instrumenten om de kwaliteit te borgen op de agenda. Ontwikkeling van de Zorg voor Beter academie en de verbetertrajecten plus – per verbetertraject 50 instellingen tegelijkertijd begeleiden – zijn hierin belangrijke instrumenten. Voor de genoemde onderwerpen is in 2009 € 7,5 miljoen beschikbaar.

- **(P) Bouwprogramma 2008 (waaronder kamers zorghuizen)**
Het is mijn beleid dat cliënten eind 2010 niet meer in meerpersoonskamers hoeven te wonen. Door middel van een uitvoerings- en monitorprogramma van de daartoe noodzakelijke maatregelen wordt er op toegezien dat ultimo 2010 alle kamers voor meer dan 2 personen zijn of worden afgeschaft. Bij brief van 14 februari 2008 is de kamer op de hoogte gesteld van de stand van zaken.

- **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 binnen het zorgteam en de contacten tussen het zorgteam en cliënten. Plannen hiervoor zijn aangekondigd in de brief «Zorg voor Ouderen; om de kwaliteit van het bestaan». Vilans continueert in 2009 het programma «Het goede gesprek» in samenwerking met Actiz en Sting. Voor het programma ondersteuning van de zorgprofessional is in 2009 € 2,5 miljoen beschikbaar.

- **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 zorgzwaartebekostiging. De middelen worden ingezet voor projecten gericht op het ontwikkelen van vormen van begeleiding, informatievoorziening en versterking van de ondersteuningsstructuren (€ 10 miljoen).

- **Centra voor Consultatie en Expertise (CCE)**
Wij continueren de ondersteuning voor de Centra voor Consultatie en Expertise. Via de CCE's kan specifieke kennis en behandel- en ondersteu-

ningsmethoden ingezet worden bij cliënten met complexe aandoeningen waar de eigen hulpverleners vastlopen in behandel- en ondersteuningsmogelijkheden (€ 13,1 miljoen).

- AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) verder ontwikkelen (€ 2 miljoen)
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 (wachtljsten). In 2008 heeft een inhoudelijke verbetering van de kwaliteit van de gegevens in de AZR plaatsgevonden, zijn de intramurale non-indicaties weggewerkt en is het burgerservicenummer (BSN) ingevoerd in de AZR. Eveneens wordt de AZR nu gebruikt voor het heffen van de eigen bijdrage voor de AWBZ-verblijfszorg. In 2008 zijn de specificaties voor de intramurale zorgzwaartebekostiging (zzp) en het declareren van geleverde zorg opgesteld (release 3). In de eerste helft van 2009 worden alle systemen aangepast en vindt er een ketentest plaats. In het tweede halfjaar van 2009 wordt release 3 van de AZR in gebruik genomen bij de ketenpartners. Zie ook Modernisering AWBZ, (kamerstuk 26 631, nr. 181).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies/Structurele subsidies	29 185	29 185	29 185	29 185	29 185
Hersenletselteams	485	485	485	485	485
Landelijk Centrum CCE	13 100	13 100	13 100	13 100	13 100
Subsidieregeling palliatieve zorg	15 600	15 600	15 600	15 600	15 600
Projectsubsidies	117 852	143 204	139 666	17 309	21 609
<i>Onder andere:</i>					
Project Zorgzwaartebekostiging	4 500	2 500	0	0	0
Kwaliteitsverbetering palliatieve zorg	5 800	5 800	5 800	5 800	5 800
Mentorschapsprojecten	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Kleinschalig wonen, Domotica	20 000	30 000	30 000	0	0
ZonMW programma Ouderenzorg	18 000	28 000	28 000	0	0
Programma ondersteuning cliënten	10 000	0	0	0	0
Ondersteuning van de zorgprofessional	2 500	2 500	2 500	0	0
Arbeidsmarktbeleid langdurige zorg	53 437	61 312	59 062	0	0
Ouderenonderzoek LASA	615	615	615	615	615
Opdrachten	15 575	14 054	15 258	10 364	6 064
<i>Onder andere:</i>					
Zorg voor beter	4 200	3 800	3 800	0	0
Zorg voor beter academie	1 200	1 200	1 200	2 300	0
Programma «Invoeren van Innovaties in de Care»	1 400	0	0	0	0
Transitieprogramma in de langdurige zorg	2 000	2 000	2 000	0	0
Dementieprogramma	500				
Programma Ambient Assisted Living (AAL)	507	1 059	1 661	1 964	2 014
Indicatorentrajecten	1 900	1 900	1 900	600	0
Deltaplan GZ en GGZ	1 000	1 000	1 000	1 500	0
Opdrachtgeverschap WTZi	2 036	2 036	2 036	2 036	2 036
Bijdragen aan Zbo's/RWT's	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Beheer AZR door CVZ	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Totaal	164 612	188 443	186 109	56 858	56 858

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.

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2006	2007	2008	Streefwaarde 2009	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. Beheerste ontwikkeling AWBZ-uitgaven langdurige zorg (€ miljard), prijspeil 2008	22,7	22,4	20,9	21,8	22,5

Bron:
1. VWS

Herijken van het pakket van verzekerde aanspraken

- (P) Afspraken zorgaanbieders AWBZ

In 2007 is in overleg met de branches van zorgaanbieders, de cliënt-organisaties en de verzekeraars de toekomstagenda AWBZ opgesteld waarin voor de periode 2007–2011 de belangrijkste aandachtsvelden zijn opgenomen. De kabinetsvisie op de toekomst van de AWBZ die op 13 juni 2008 is verschenen geeft een nadere inkleuring van deze toekomstagenda. De activiteiten die uit deze beleidsvisie voortvloeien, zullen ook in 2009 gezamenlijk met de genoemde partijen worden opgepakt.

- (P) Maatregelen care

Vanaf 2005 is sprake van een sterke toename van het aantal AWBZ-cliënten dat gebruik maakt van de functie ondersteunende begeleiding. In 2008 is daarom een aantal maatregelen doorgevoerd om de groei te beperken. Een tweetal maatregelen die in de begroting 2008 zijn opgenomen (invoering weektarieven en best practices) kunnen om uitvoeringstechnische redenen niet in 2009 worden ingevoerd. Invoering van de best practices wordt nu voorzien in 2010. In het kabinetsstandpunt «Zeker van zorg: nu en straks» (kamerstuknummer 30 597, nr. 15) zijn maatregelen aangekondigd om de houdbaarheid van de langdurige zorg te waarborgen, in aanvulling op het reeds in 2008 ingezette beleid.

In 2009 worden de volgende nieuwe maatregelen ingevoerd:

- **Pakketmaatregel functie begeleiding**

Met ingang van 1 januari 2009 zullen de drie AWBZ-zorgfuncties – ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling – worden vervangen door twee zorgfuncties: begeleiding en behandeling. De nieuwe functie begeleiding richt zich uitsluitend op zelfredzaamheid. De aanspraak begeleiding geldt vanaf 2009 alleen voor mensen met ernstig regieverlies dan wel ernstige invaliderende aandoeningen, die zich zonder AWBZ-begeleiding niet zelfstandig zouden kunnen handhaven. De met ingang van 2008 genomen pakketmaatregel die alle mensen met een somatische grondslag uitsluit van begeleiding in uren, zal worden geïntegreerd in de nieuwe maatregel. Er zal een overgangsrecht van 1 jaar gelden. Naar verwachting zal door deze maatregel het beroep op andere beleidsdomeinen, zoals de Wmo en de Wet op de Jeugdzorg, gaan toenemen. Er is een bedrag van € 150 miljoen gereserveerd voor uitzondering, met name binnen de AWBZ en voor het beroep op andere domeinen als gevolg van deze maatregel. Verdeling van de reserve vindt plaats bij Voorjaarsbesluitvorming 2009 op basis van onderbouwde voorstellen. Het gaat hierbij om het beroep dat bij andere domeinen ontstaat als gevolg van het wijzigen van aanspraken in de AWBZ die overlappen met bestaande aanspraken en dat om zorginhoudelijke redenen noodzakelijk wordt geacht en tot de publieke verantwoordelijkheid wordt gerekend.

- **Psychosociale grondslag.**

Per 2008 is er al geen ondersteunende begeleiding in uren meer mogelijk voor deze grondslag, per 2009 geldt dit ook voor de dagopvang en de persoonlijke verzorging. Per 2009 bestaat er dus geen aanspraak meer op AWBZ-zorg op basis van de grondslag psychosociaal. De gemeenten zullen deze taak overnemen. Gemeenten worden hiervoor gecompenseerd zodat ze de opvang en reïntegratie van onder meer dak- en thuislozen voortvarend kunnen blijven aanpakken. Ook voor deze groep geldt een overgangstermijn van een jaar zodat de overgang naar gemeenten geleidelijk zal plaatsvinden. Om bovengenoemde aanscherping van afbakening van zorgaanspraken mogelijk te maken zal het Besluit Zorgaanspraken worden aangepast.

De Bureau's Jeugdzorg moeten vanaf 1 januari 2009 voor AWBZ zorg indiceren volgens de systematiek van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Tevens zal de afbakening tussen de jeugdzorg en de AWBZ worden verhelderd. De uitwerking en implementatie hiervan zal worden aangestuurd door een Taskforce.

- **Eigen bijdrage begeleiding**

Voor de intramurale AWBZ-zorg alsmede voor de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging geldt een eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt niet voor de zorgfunctie «begeleiding». In het kabinetsstandpunt «Zeker van zorg, nu en straks» is aangekondigd dat voor deze zorgfunctie per 1 januari 2010 in beginsel ook een eigen bijdrage ingevoerd wordt om zo al te lichtvaardig gebruik tegen te gaan. Van belang is dat mensen die van de functie «begeleiding» gebruik maken daarvoor, net als bij de andere extramurale functies, een eigen bijdrage betalen. Er zal in kaart worden gebracht welke inkomensconsequenties dit heeft voor de cliënten, wat de opbrengsten zijn en welke (uitvoerings-)kosten hiermee gepaard gaan.

- Forfaits chronisch zieken en gehandicapten

In het kader van de Wtcg ontvangen chronisch zieken en gehandicapten een forfaitaire tegemoetkoming. Of iemand deze tegemoetkoming ontvangt (en hoe hoog die is) wordt bepaald aan de hand van zorggebruik (gebruik van bepaalde medicijnen, hulpmiddelen, dbc's, indicatie awbz-zorg en/of wmo-zorg). De hoogte is ook afhankelijk van leeftijd.

- Tegemoetkoming Specifieke zorgkosten

In het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) wordt een nieuwe fiscale regeling voor uitgaven voor specifieke zorgkosten in de belastingwetgeving opgenomen. De nieuwe regeling sluit voor een deel aan bij de in het jaar 2008 geldende regeling voor buitengewone uitgaven. In de nieuwe regeling is ervoor gekozen de regeling scherper te richten op de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten. Daardoor zijn in vergelijking met de huidige buitengewone uitgavenregeling de algemene uitgaven, zoals uitgaven voor aanvullende verzekering, adoptie, overlijden en bevalling, niet meer aftrekbaar. Naast de nieuwe fiscale regeling voor specifieke zorgkosten komt er een -niet-fiscale- zogenoemde tegemoetkomingsregeling voor de verzilveringsproblematiek. Die regeling is bedoeld voor mensen met een laag inkomen die teruggave van inkomstenbelasting-premie volksverzekeringen voor de aftrek van ziektekosten mislopen doordat zij geen of weinig belasting betalen (verzilveringsproblematiek). Het hebben van een verzilveringsprobleem zal pas duidelijk worden in 2010 nadat de aangifte over 2009 is ingediend en afgehandeld. Eerst dan is er behoefte aan een bijzondere regeling die aan deze verzilveringsproblematiek tegemoet komt.

Instrumenten voor een goed werkend stelsel

- (P) Ruimte voor wensen van de cliënt (afschaffen bouwregime, integraal tarief)

Zorgaanbieders krijgen met ingang van 1 januari 2009 meer ruimte om de zorg die de cliënt vraagt te leveren en – als het om verblijfszorg gaat – die snel en zonder omhaal aan te laten sluiten op wensen van cliënten. Het bouwregime zoals dat in de Wet toelating zorginstellingen is vastgelegd wordt op 1 januari 2009 afgeschaft. Dat betekent dat voor het uitbreiden van de capaciteit en voor renovaties niet langer voorafgaande toestemming nodig is.

In 2008 is voor de komende jaren een zeer uitgebreid bouwprogramma vastgesteld. Al degenen die op basis van dit kader een toelating met bouw hebben ontvangen, mogen zonder verdere inmenging uitvoering geven aan die initiatieven. De op het meest recente bouwprogramma voorkomende plannen, en ook alle eerdere plannen waarvoor op enig moment een financiële reservering is gedaan, kunnen na gereedkomen van de bouw voor een tarief naar de NZa. Voor deze «oude» initiatieven blijft de nacalculatie vooralsnog in stand.

Het voornemen om de kosten die verband houden met investeringsbeslissingen vanaf 1 januari 2009 voor eigen rekening en risico van de intramurale AWBZ-instellingen en ggz-instellingen te laten komen, wordt uitgesteld. De belangrijkste reden daarvoor is het voorkomen van een stapeling van beleidswijzigingen die alle voor instellingen herverdelings-effecten zouden kunnen hebben. Het streven is om in 2011 over te gaan naar integrale tarieven, waarin zowel de vergoeding voor de zorg als voor het vastgoed is inbegrepen.

Beleidsartikelen/Artikel 43

- Stimuleringsregeling Kleinschalig wonen
Om de keuzemogelijkheden in woonvormen en de spreiding van capaciteit voor zware zorg te vergroten komt er een stimuleringsprogramma «Kleinschalig wonen». Vooral in de zorg voor dementerenden is grote behoefte aan deze vorm van wonen. Aan de NZa zal worden gevraagd om een subsidieregeling te ontwerpen voor AWBZ gefinancierde instellingen voor het stimuleren van kleinschalige woonvormen (€ 20 miljoen).
- (P) Overheveling van de reactiveringszorg naar de Zvw per 2010
In 2008 en 2009 worden de voorbereidingen van overheveling van de reactiveringszorg naar de Zvw gestart. De reactivering in verpleeghuizen duurt gemiddeld twee maanden en de extramurale reactiverende zorg is vaak nog korter. Bij de reactiveringszorg gaat het om een bedrag dat waarschijnlijk maximaal € 400 miljoen zal bedragen.
- Bijdrage in 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 van 2001 te compenseren (€ 4,9 miljard).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies/Structurele subsidies	5 161	5 161	5 161	5 161	5 161
Landelijke kennisinstituten	5 124	5 124	5 124	5 124	5 124
Bejaardenpensioens	37	37	37	37	37
Projectsubsidies	1 024	1 024	1 024	1 074	1 073
Rijksbijdragen	4 878 000	4 928 000	5 065 100	5 205 500	5 259 900
Bijdrage in kosten van kortingen (BIKK)	4 878 000	4 928 000	5 065 100	5 205 500	5 259 900
Inkomensregelingen	147 600	503 840	435 685	403 882	408 878
Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU)	147 600	123 300	45 800	9 000	9 000
Forfaits chronisch zieken en gehandicapten	0	340 540	349 485	354 078	358 666
Tegemoetkoming specifieke zorgkosten (Wtcg)	0	40 000	40 400	40 804	41 212
Totaal	5 031 785	5 438 025	5 506 970	5 615 617	5 675 012

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
Effectonderzoek ex post	Verbetertrajecten in het kader van Zorg voor beter	43.3.3	A 2008 B 2009
Overig evaluatieonderzoek	Patientenwetgeving	43.3.1	A 2007 B 2010
	Indicatiestelling	43.3.2	A 2008 B 2010
	WTZi	43.3.3	A 2007 B 2010
	Wetsevaluatie Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	43.3.4 en 42.3.3	A 2007 B 2009

Artikel 44 Maatschappelijke ondersteuning

44.1 Algemene beleidsdoelstelling

Alle burgers participeren in de samenleving

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2009

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2009

Het Coalitieakkoord, in het bijzonder de pijler «Sociale samenhang», en het beleidsprogramma «Samen werken, samen leven» benadrukken het belang van zelfredzaamheid, participatie, 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).

Voor 2009 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 (44.3.1.):

- wetswijziging Wmo 2009;
- vernieuwingsprogramma «Beter in Meedoen»;
- beleidsevaluatie/doorlichting Wmo bij jaarverslag 2009.

Optimale benutting en inzet van vrijwilligers en mantelzorgers (44.3.2):

- vergroten van het aantal vrijwilligers (kabinetsdoelstelling 35);
- behoud van het aantal mantelzorgers (kabinetsdoelstelling 35).

Verbeteren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning (44.3.3):

- uitbreiding Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz);
- voorbereiding goedkeurings- en uitvoeringswet VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap;
- vergroten keuzemogelijkheden op terrein van wonen, zorg en ondersteuning.

Verbeteren tijdelijke ondersteuning (44.3.4) :

- uitwerken Beschermd & Weerbaar (o.a. tienermoeders; kabinetsdoelstelling 47);
- uitwerken Stedelijke Kompassen Maatschappelijke Opvang;
- versterken aanpak zwerfjongeren;
- nieuwe verdeelsleutel middelen maatschappelijke opvang.

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, woningcoöperaties, kennisinstituten, organisaties voor vrijwilligers, mantelzorgers, en mensen met beperkingen of (psycho)sociale problemen.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren

Het Nivel heeft een participatie-indexcijfer ontwikkeld als algemene indicator voor de maatschappelijke participatie van burgers. Als eerste is voor mensen met een chronische ziekte en/of een beperking een index voor hun participatie, voor de domeinen sociale contacten, wonen, werk, vrijetijdsbesteding, vervoer en opleiding ontwikkeld. Hiermee willen wij de ontwikkeling in de participatie van deze groep jaarlijks volgen. Deze index is gebaseerd op de participatiegegevens van een representatief panel. Dit is de eerste participatie-index met als basiswaarde 100 voor het jaar 2006. Hiervoor hebben wij nog geen streefwaarde ontwikkeld omdat nog geen ervaring met de index is opgedaan. Tevens hebben we in de komende jaren enkele beleidsevaluaties gepland die aanvullend inzicht in de resultaten van het gevoerde beleid zullen geven. Dit betreft bijvoorbeeld de beleidsevaluatie Wmo die u bij het jaarverslag 2009 ontvangt.

Kengetallen Het participatie-indexcijfer voor mensen met een motorische beperking, gebaseerd op gegevens over de feitelijke participatie binnen de verschillende domeinen.		
	2007	2006
Totale groep	102	100
Motorische beperking		
Leeftijd		
15 – 39 jaar	122	109
40 – 64 jaar	105	102
65 jaar en ouder	91	94
Opleidingsniveau		
Laag	87	86
Midden	117	116
Hoog	144	142
Ernst van de beperking		
Licht	133	134
Matig	108	106
Ernstig	68	65

(Basisjaar 2006 = 100)

Bron: Nivel, Participatiemonitor 2007

Toelichting:

De gemiddelde participatie van de mensen met een motorische beperking is voor het jaar 2006 op 100 gesteld. Ten opzichte van die gemiddelde participatie geldt dan dat bijvoorbeeld de participatie van de mensen in de leeftijd 15–39 jaar in 2006 9% hoger was dan de gehele groep.

44.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplichtingen	545 733	609 841	601 358	601 280	597 657	595 628	595 628
Uitgaven	485 981	601 395	601 493	600 890	597 217	595 628	595 628
Programma-uitgaven	481 888	597 324	597 558	597 116	593 834	592 245	592 245
1. Burgers worden gestimuleerd actief te participeren in maatschappelijke verbanden	54 805	64 861	34 568	35 176	35 176	35 176	35 176
2. Burgers bieden anderen vrijwillige ondersteuning en kunnen gebruik maken van (organisaties van) vrijwillige ondersteuning	28 122	80 222	80 708	80 994	80 894	80 794	80 794
3. Burgers met beperkingen kunnen gebruik maken van (algemene) voorzieningen en professionele ondersteuning	76 552	86 930	85 812	85 491	84 491	84 491	84 491
4. Burgers met (psycho) sociale problemen kunnen gebruik maken van tijdelijke ondersteuning	322 409	365 311	396 470	395 455	393 273	391 784	391 784
Apparaatsuitgaven	4 093	4 071	3 935	3 774	3 383	3 383	3 383
Ontvangsten	4 138	0	0	0	0	0	0

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2009	2010	2011	2012	2013
1. <i>Actieve participatie in maatschappelijke verbanden</i>	34 568	35 176	35 176	35 176	35 176
– Juridisch verplicht	9 594	9 594	9 594	9 594	9 594
– Bestuurlijk gebonden	24 474	24 882	24 482	24 482	24 482
– Niet verplicht/bestuurlijk gebonden	500	700	1 100	1 100	1 100
2. <i>Beschikbaarheid vrijwillige ondersteuning</i>	80 708	80 994	80 894	80 794	80 794
– Juridisch verplicht	69 253	69 253	69 253	69 253	69 253
– Bestuurlijk gebonden	11 255	11 441	11 341	11 241	11 241
– Niet verplicht/bestuurlijk gebonden	200	300	300	300	300
3. <i>Voorzieningen en ondersteuning voor burgers met beperkingen</i>	85 812	85 491	84 491	84 491	84 491
– Juridisch verplicht	83 358	83 292	83 243	83 243	83 243
– Bestuurlijk gebonden	1 654	1 399	748	748	748
– Niet verplicht/bestuurlijk gebonden	800	800	500	500	500
4. <i>Tijdelijke ondersteuning van burgers met (psycho) sociale problemen</i>	396 470	395 455	393 273	391 784	391 784
– Juridisch verplicht	394 020	393 005	390 823	389 334	389 334
– Bestuurlijk gebonden	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
– Niet verplicht/bestuurlijk gebonden	700	700	700	700	700

Premie-uitgaven

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MEE-instellingen	166,1	172,2	172,3	172,5	172,6	172,8	172,8
Totaal	166,1	172,2	172,3	172,5	172,6	172,8	172,8
Procentuele mutatie t.o.v. voorgaand jaar		3,7%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%

Bron: VWS

In de tabel hierboven zijn de beschikbare middelen opgenomen voor de premie-uitgaven op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning. In deze beschikbare middelen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de eerste suppletore wet 2008 en de Miljoenennota 2009 verwerkt. Voor 2008 is de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt, terwijl voor 2009 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

Geraamde premie-uitgaven bij de belangrijkste premie-gefinancierde prioriteiten

Premiegefinancierde prioriteiten (bedragen x € 1 000 000)							
	OD	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cliëntondersteuning mensen met beperking	44.3.3	172,3	173,2	172,5	172,6	172,8	172,8

Bron: VWS

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, voor zorg te dragen dat de participatie van burgers in de samenleving wordt gestimuleerd. Burgers gaan verbanden met elkaar aan en er ontstaan sociale

verbanden. Gemeenten worden ondersteund om op vernieuwende wijze integraal beleid te ontwikkelen en uit te voeren, waarbij verbindingen gelegd worden tussen verschillende onderdelen van de Wmo en met aanpalende beleidsvelden.

In 2008 heeft het accent vooral gelegen op het ondersteunen van het gemeentelijk beleid gericht op de verschillende prestatievelden van de Wmo, zoals het vrijwilligersbeleid, het mantelzorgbeleid en het beleid gericht op geweld in afhankelijkheidsrelaties. In 2009 concentreren wij ons op het verbeteren van de positie van de cliënt in de Wmo en het ondersteunen van gemeenten en instellingen om van de Wmo een echte participatiewet te maken.

Hiertoe zetten we een aantal instrumenten in ten behoeve van het ondersteunen en stimuleren van gemeentelijk Wmo beleid.

Prestatie-indicatoren				
Indicator	2007	2008	Streefwaarde 2009	Streefwaarde Lange termijn (2011)
1. % gemeenten waar één of meerdere Wmo beleidsplannen zijn vastgesteld	–	94%	100%	100%
2. Aantal krachtwijken waarin specifiek gewerkt wordt aan het versterken van de welzijnssector	–	–	10	20
3. % Wmo-cliënten dat aangeeft dat de Wmo ondersteuning bijdraagt aan zelfstandig wonen en meedoen in de samenleving	–	93%	94%	100%

Bronnen:

1. Onderzoek Sociaal Cultureel Planbureau in kader van monitoring en evaluatie Wmo. (Deze indicator is geherformuleerd naar een percentage)
2. Wijkactieplannen Krachtwijken
3. Rapportage benchmark cliënten Wmo SGB0 2008 juni 2008

Instrumenten voor actieve participatie

- Wetswijziging Wmo invoering financiële vergoeding

In de tussenrapportage Wmo d.d. 18 februari 2008 en de 3e voortgangsrapportage d.d. 2 juni 2008 is de Kamer geïnformeerd over de door het kabinet voorgenomen wetswijziging van de Wmo. Op 4 juli is dit voorstel naar de Raad van State gezonden. Wij hopen het voorstel begin september ter behandeling aan de Kamer aan te bieden.

De wetswijziging is onder meer ter introductie van de financiële vergoeding voor alfa-hulpverlening om de positie van de burger te verbeteren (kamerstukken 2007–2008, 29 538, nr. 70). De invoering van de voorgenomen wetswijziging Wmo willen wij vanuit het gezamenlijke implementatiebureau van VNG en VWS nadrukkelijk ondersteunen. Het is om die reden dat wij voorlichting gaan geven over de wetswijziging en de voorbereiding van de invoering van de wetswijziging ter hand zullen nemen. De ondersteuning van gemeenten en aanbieders zal vorm krijgen door de website www.invoeringwmo.nl, een helpdesk, regionale voorlichtingsbijeenkomsten, handreikingen, modelbepalingen en voorbeeldteksten, waarmee gemeenten direct aan de slag kunnen (€ 0,5 miljoen)

- Vernieuwingsprogramma «Beter in Meedoen»

Om gemeenten en uitvoerende instellingen te ondersteunen bij de vernieuwing en kwaliteitsverbetering van het Wmo-beleid worden diverse activiteiten ontwikkeld. Ten eerste worden voor relevante thema's (o.a.

geweld in afhankelijkheidsrelaties) trends en ontwikkelingen onderzocht. Tevens worden nieuwe aanpakken op inhoudelijke (sociale samenhang, wonen, welzijn, zorg) en bestuurlijke thema's (interactief beleid, sturing) ontwikkeld die bruikbaar zijn voor het beleid gericht op maatschappelijke participatie. Verder laten wij op diverse thema's, sociale interventies wetenschappelijk toetsen op effectiviteit rondom vrijwillige inzet en mantelzorg, sociale samenhang en leefbaarheid en de activering van kwetsbare burgers. Gemeenten hebben daarmee een instrument in handen om de kwaliteit van de uitvoerder en de voorgenomen interventies te toetsen. Ten slotte 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 gaan wij ervoor zorgen dat ze worden opgenomen in de opleidingsprogramma's van onderwijsinstellingen en worden gebruikt bij de deskundigheidsbevordering van professionals. Voor het vernieuwingsprogramma geven we in 2009 subsidie aan het Verwey Jonkerinstituut en Movisie (€ 2,8 miljoen).

- Vernieuwing van het welzijnsbeleid

In samenhang met het programma «Beter in Meedoen» geven wij een extra impuls aan het proces van vernieuwing van het welzijnsbeleid, in het kader van de Wmo met € 0,5 miljoen. Hierbij is de relatie tussen burger en overheid alsmede de relatie tussen gemeente en instelling het aangrijpingspunt. Het implementatiebureau Wmo dat werkt onder de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de VNG en VWS, werkt mee de vernieuwing handen en voeten te geven.

- Evaluatie Wmo bij het jaarverslag 2009

De Wet maatschappelijke ondersteuning bepaalt dat gemeenten jaarlijks gegevens verzamelen over de resultaten van het gevoerde beleid en de tevredenheid van hun burgers. Eind 2009 zullen wij deze prestaties van gemeenten landelijk publiceren. Eind 2009 zal ook de eerste evaluatie van de Wmo die door het SCP zal worden uitgevoerd (€ 1,5 miljoen) beschikbaar komen. Ook worden als onderdeel van deze evaluatie in 2009 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.

- Verspreiden kennis Wmo

Movisie ontvangt een subsidie (€ 8,1 miljoen) voor het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis op het terrein van de Wmo en aanpalende terreinen. Movisie doet dit in zeven programma's: kennis, internet en onderzoek, leefbaarheid en sociale samenhang, versterking vrijwillige inzet, informele zorg, hulpverlening en activering, aanpak huiselijk en seksueel geweld, en kwaliteit van interventies, organisaties en beleid.

- Behoud van thuiszorgmedewerkers voor de zorg

Wij zetten de beschikbare middelen in (Motie van Geel € 10 miljoen) om gezamenlijk met werkgevers, werknemers en gemeenten ervoor te zorgen dat medewerkers behouden blijven voor de thuiszorg.

- **Compensatiebeginsel Wmo**

Wij ondersteunen met € 0,5 miljoen het initiatief van de Chronisch zieken- en Gehandicapten-raad (CG-Raad), Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) en de VNG om in de discussie over de nieuwe modelverordening voor de Wmo te komen tot een vraaggerichte invulling van het compensatiebeginsel.

- **Leefbaarheid en sociale samenhang**

Wij subsidiëren een aantal programma's over leefbaarheid en sociale samenhang, zoals de Wmo-wijkeraanpak waarin negen wijken op de voet worden gevolgd in hun aanpak én projecten ter stimulering van nieuwe samenwerkingsverbanden op lokaal niveau, bijvoorbeeld met kerken en moskeeën. We gaan gemeenten op basis van de opgedane ervaringen ondersteunen bij hun aanpak op leefbaarheid en sociale samenhang, uiteraard in afstemming met de op te richten consultatieteams voor vernieuwend welzijn (€ 0,5 miljoen).

Daarnaast werken wij samen met het programmaministerie voor WWI aan het versterken van de welzijnsfunctie binnen de krachtwijken in de vorm van de pilot vernieuwend welzijn (€ 0,3 miljoen).

- **Lokale cliëntenparticipatie**

Via het fonds PGO lopen van 2006 tot en met 2008 twee tijdelijke programma's die zijn gericht op het verbeteren van de lokale inspraak van (kwetsbare) burgers in het gemeentelijke Wmo-beleid; namelijk Lokaal Centraal en Lokale Versterking GGZ. Beide programma's hebben er mede toe bijgedragen dat de cliëntparticipatie in gemeenten sinds de invoering van de Wmo een grote vlucht genomen heeft. Hierover is tijdens het AO Wmo van 11 juni 2008 en het AO over de PGO-organisaties van 19 juni 2008 met de Kamer van gedachten gewisseld. De resultaten van het programma Lokaal Centraal zullen vanaf 2009 op lokaal niveau verder worden opgepakt. Daar ligt uit hoofde van de Wmo immers ten principale de primaire verantwoordelijkheid voor de cliëntparticipatie. Wij reserveren in 2009 € 0,5 miljoen voor het borgen van de in het programma «Lokaal Centraal» opgedane kennis en ervaring alsmede voor de overdracht daarvan naar gemeenten en andere relevante organisaties. In overleg met alle betrokkenen wordt daartoe dit vroege najaar een plan van aanpak opgesteld.

Vanwege eerdere onderbesteding wordt het programma «Lokale Versterking GGZ» verlengd tot medio 2009 (daarmee is circa € 1 miljoen gemoeid). Na dat jaar zal ook dat programma geborgd worden. In 2010 is daarvoor € 0,5 miljoen gereserveerd.

Naast het ter beschikking stellen van extra middelen voor het borgen en overdragen van de in de programma's opgedane kennis en ervaring, zullen wij gemeenten nadrukkelijk aanspreken op en volgen bij hun verantwoordelijkheid op dit vlak. Ook daarvoor reserveren wij in voorliggende begroting structureel € 0,1 miljoen.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies	9 594	9 594	9 594	9 594	9 594
<i>Onder andere:</i>					
Movisie	8 140	8 140	8 140	8 140	8 140
Stimulansz	881	881	881	881	881
Projectsubsidies	17 634	18 242	18 242	18 242	18 242
<i>Onder andere:</i>					
Wetswijziging Wmo invoering financiële vergoeding	500	500	500	500	500
Vernieuwingsprogramma «Beter in Meedoen»	2 800	2 800	2 800	2 800	2 800
Vernieuwing van het welzijnsbeleid	500	500	500	500	500
Compensatiebeginsel Wmo	500	500	500	500	500
Behoud van thuiszorgmedewerkers voor de zorg	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Programma's over leefbaarheid en sociale samenhang Leefbaarheid	800	600	0	0	0
Lokale cliëntenparticipatie	600	600	100	100	100
Opdrachten	2 300	2 300	2 300	2 300	2 300
Evaluatie Wmo	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Monitoring Wmo	800	800	800	800	800
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	34 568	35 176	35 176	35 176	35 176

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 de ondersteuning van vrijwilligers of mantelzorgers primair de taak van gemeenten. Voor een toekomstbestendig rijksbeleid op het terrein van mantelzorg en vrijwilligerswerk voor de komende jaren is het SCP gevraagd twee toekomstverkenningen uit te voeren. Uit deze verkenningen blijkt dat het aantal vrijwilligers en mantelzorgers in Nederland zeer groot is, maar dat dit de komende periode mogelijk onder druk komt te staan. Op basis van deze toekomstverkenningen is in de beleidsbrief «Voor elkaar» van 9 oktober 2007 een meerjarenaanpak vrijwilligerswerk en mantelzorg geformuleerd.

Doel hiervan is het vergroten van het aantal vrijwilligers en het behoud van het aantal mantelzorgers. In het Coalitieakkoord werd uitgegaan van een groei van het aantal mantelzorgers. In de beleidsbrief «Voor elkaar» van 9 oktober 2007 is deze ambitie bijgesteld en veranderd in «behoud van het aantal mantelzorgers». Hieraan liggen de volgende overwegingen ten grondslag. In de eerste plaats is mantelzorg (vaak intensief en langdurend en kan leiden tot overbelasting van degenen die deze zorg bieden) iets wat iemand «overkomt». Het is veelal geen keuze. In de tweede plaats constateert het SCP dat in de toekomst de groep van het aanbod in macro-termen gezien sterker toeneemt dan het gebruik van mantelzorg. De verhouding tussen vraag en aanbod is echter nogal

diffuus, omdat bij de raming van het gebruik vooral is uitgegaan aan de onvervulde behoefte van deze zorg en aan een aantal moeilijk in te schatten demografische en sociaal-economische ontwikkelingen. Dit maakt het werken met streefwaarden hypothetisch. Het overheidsbeleid is er in de kern op gericht de mantelzorg te ondersteunen en vraag en aanbod in balans te houden.

Het vergroten van het aantal vrijwilligers en het behoud van het aantal mantelzorgers doen wij via twee wegen:

- verspreiden van kennis over mantelzorg en vrijwilligerswerk;
- versterken lokale ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers-organisaties).

Als primaire bron voor het monitoren van het vrijwilligersbeleid wordt gebruik gemaakt van langer lopend periodiek onderzoek dat door het CBS wordt gedaan. Het jaar 2002 wordt als 0-meting aangehouden. Voor 2008 en 2010 zijn vervolgmetingen voorzien. Daarbij worden ook vele gegevens gegenereerd over de achtergrondkenmerken van vrijwilligers en het soort vrijwilligerswerk dat wordt verricht. Voor mantelzorg bestaat een dergelijk periodiek onderzoekstraject nog niet. Wij zullen de ontwikkeling van de mantelzorg op vergelijkbare wijze monitoren, zowel in kwantitatieve zin als wat betreft achtergrondkenmerken van mantelzorgers en het soort mantelzorg dat wordt verricht. Daarnaast worden gegevens die uit andere relevante onderzoekstrajecten komen in de analyse betrokken, zoals het reguliere tijdsbestedingsonderzoek. Tenslotte wordt in 2011 de huidige Beleidsbrief «Voor Elkaar» kwantitatief en kwalitatief geëvalueerd.

Prestatie-indicatoren				
Indicator (kabinetsdoelstelling 35)	0-meting 2002	Streefwaarde 2008	Streefwaarde 2010	Streefwaarde lange termijn
1. Aantal mantelzorgers		2,4 miljoen	2,4 miljoen	2,4 miljoen (2011)
2. Deelname aan vrijwillige inzet	42%	>42%	>42%	>42%(2012)

Bronnen:

1. en 2. P. Dekker e.a. – Toekomstverkenningen Vrijwillige Inzet 2015, SCP; Den Haag, 2007 (juni);

A. den Boer en J. Timmermans – Blijvend in Balans; een Toekomstverkenning van Informele Zorg, SCP; Den Haag, 2007 (juni).

Instrumenten voor mantelzorg en vrijwillige ondersteuning

- Verspreiden van kennis over mantelzorg en vrijwilligerswerk
Wij verstrekken subsidie aan Movisie/NOV (zie 44.3.1), het Expertise-centrum Mantelzorg (EM) en Mezzo met als doel informatie te verzamelen en goede voorbeelden te verspreiden om het aantal mantelzorgers en vrijwilligers te vergroten. Het EM en Mezzo geven gemeenten advies en stellen handreikingen op voor gemeenten. Bijvoorbeeld voor het verbeteren en verminderen van wet- en regelgeving voor mantelzorgers, voor de wijze van het aanboren van nieuwe groepen, voor het vergroten van de mogelijkheden van het combineren van arbeid, voor mantelzorg/vrijwilligersbeleid en voor het vergroten van de bekendheid van respijtzorg.

Mezzo ontvangt tevens subsidie voor het ondersteunen van netwerken van mantelzorgers (€ 3,2 miljoen). In 2009 zal in een beleidsbrief worden ingegaan op de relatie tussen vrijwilligers, mantelzorgers en de zorgsector.

- **Regeling deskundigheidsbevordering vrijwilligers**

In 2009 treedt een nieuwe regeling voor deskundigheidsbevordering van vrijwilligers in werking. In het kader van deze regeling kunnen landelijke vrijwilligersorganisaties – als wordt voldaan aan bepaalde criteria – subsidie aanvragen voor training van hun vrijwilligers. Hiervoor is een bedrag van € 5 miljoen beschikbaar.

- **Versterken lokale ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligersorganisaties**

We zetten in de periode 2009 tot en met 2011 jaarlijks € 4 miljoen in om de lokale ondersteuning van mantelzorgers en van vrijwilligers te versterken. Dit geld is onder meer bedoeld 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. Op dit moment vindt overleg plaats met enkele bedrijven om vorm en inhoud te geven aan samenwerking op dit terrein. Daartoe zullen we verbindingen leggen met andere overheden (BZK) en bedrijven (Achmea en Fortis). In 2009 tot en met 2011 wordt met de gemeenten een adviestraject ingezet om de geformuleerde basisfuncties voor de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers in te passen. Tevens zullen gemeenten worden ondersteund bij de implementatie van deze functies. Het is de bedoeling dat de basisfuncties in 75% van de gemeentelijke plannen voor de tweede Wmo-cyclus zijn opgenomen.

- **Makelaarsfunctie vrijwilligerswerk en maatschappelijke stage**

Gemeenten krijgen vanaf 2008 extra middelen om bij te dragen aan het ontstaan van een effectieve bemiddelingsstructuur voor maatschappelijke stage en vrijwilligerswerk, de zogeheten makelaarsfunctie.

De middelen zijn bedoeld voor de verdere ontwikkeling van een makelaarsfunctie voor maatschappelijke stage, en voor stimulering van vrijwilligerswerk. Aangezien voor beide aspecten gebruik gemaakt kan worden van dezelfde infrastructuur en bemiddelingsfunctie bij gemeenten is door OCW en VWS gekozen voor een gezamenlijke inzet van de beschikbare middelen.

Over de inzet van de beschikbare budgetten bij OCW en VWS hebben, OCW, VWS en de VNG overeenstemming bereikt. De afspraken zijn vastgelegd in een convenant. De uitvoering van het convenant zal worden gemonitord. In 2009 vindt een tussenmeting plaats waarbij de ervaringen van de vrijwilligersorganisaties, zorginstellingen en sportorganisaties worden betrokken. De uitvoering van het convenant gaat gepaard met een landelijk ondersteuningsprogramma. Hiervoor is € 0,2 miljoen in 2009, € 0,2 miljoen in 2010 en € 0,1 miljoen in 2011 beschikbaar. Het bedrag dat voor de makelaarsfunctie vrijwilligerswerk en maatschappelijke stage in totaliteit beschikbaar is, loopt op volgens de volgende reeks: € 4,7 miljoen in 2008, € 14,8 miljoen in 2009, € 19,8 miljoen in 2010, € 29,9 miljoen in 2011, en vanaf 2012 € 30 miljoen. De oploop van deze middelen is vanaf 2010 gereserveerd op de aanvullende post in de Miljoenennota. De bedragen vanaf 2010 zijn dus nog indicatief. Besluitvorming vindt jaarlijks bij Voorjaarsnota plaats.

- Er heeft een evaluatie plaatsgevonden van het mantelzorgcompliment (kamerstuk 2007–2008, 30 169, nr.17 d.d. 8 juli 2008). In deze brief is ingegaan op de resultaten van de evaluatie en op een aantal meer inhoudelijke aspecten die op korte termijn de aandacht verdienen.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingssubsidies	4 253	4 253	4 253	4 253	4 253
Rode Kruis en Zonnebloem	1 053	1 053	1 053	1 053	1 053
Mezzo	3 200	3 200	3 200	3 200	3 200
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	11 455	11 741	11 641	11 541	11 541
<i>Onder andere:</i>					
Kennisverwerken/verspreiden m.b.t. mantelzorg	600	600	600	600	600
Deskundigheidsbevordering vrijwillige inzet	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Versterken lokale ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
Ondersteuning makelaarsfunctie MaS en vrijwilligers	200	200	100	0	0
Totaal	80 708	80 994	80 894	80 794	80 794

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

Participatie voor iedereen staat hoog op onze agenda. Mensen met een beperking die er niet in slagen om voor zichzelf te zorgen of op eigen kracht te participeren, al dan niet met behulp van vrijwillige inzet, moeten kunnen rekenen op voldoende zorg en ondersteuning. Algemene voorzieningen, de beschikbaarheid van professionele ondersteuning en waar nodig specifieke voorzieningen versterken de positie van mensen met beperkingen. Mensen met een beperking moeten op voet van gelijkheid gebruik kunnen maken van algemene voorzieningen.

Om de positie van mensen met een beperking te verbeteren richten wij ons op:

- het bevorderen van gelijke behandeling door het wegnemen van drempels (fysiek en sociaal) en het bevorderen van gelijke behandeling door het verbeteren van de individuele rechtsbescherming;
- specifieke voorzieningen daar waar algemene voorzieningen niet toegankelijk zijn;
- het verbeteren van de lokale belangenbehartiging en inspraak van (kwetsbare) burgers.

Prestatie-indicatoren						
Indicator	2005	2006	2007	Streef- waarde 2008	Streef- waarde 2009	Streefwaarde lange termijn
1. Klanttevredenheid over Valys	8,1	8,3	7,1	> 8,1	> 8,1	> 8,1
2. Aantal Valyspashouders dat daadwerkelijk reist	60%	64,2%	63,5%	70%	70%	> 70%
3. % 65+ dat extramuraal woont	92,5%	92,7%	92,9%	> 92,9%	> 92,9%	> 92,9%
4. Aantal gemeenten dat samenwerking aangaat met MEE	nvt	nvt	nvt	> 50%	> 90%	100%

Bronnen:

1. Jaarlijks tevredenheidsonderzoek
2. Managementinformatie Valys.
3. CBS/CTG, NZa
4. CvZ

Instrumenten voor de bevordering van gelijke behandeling

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

In 2009 bereiden we het kabinetsstandpunt voor over uitbreiding van de Wgbh/cz met het terrein van het openbaar vervoer en het terrein van het aanbieden van goederen en diensten. Daarnaast zal na instemming van de Tweede en Eerste Kamer met het wetsvoorstel in 2009 de wet met primair en voortgezet onderwijs en met wonen worden uitgebreid. Over de gevolgen van deze wetsuitbreiding zal voorlichting gegeven worden. Op het terrein van goederen en diensten is gestart met een praktijkspoor dat in 2009 en 2010 doorloopt. Wij faciliteren dit praktijkspoor waarin diverse branches samen met cliëntenorganisaties plannen ontwikkelen om de toegang tot goederen en diensten voor mensen met een beperking te verbeteren. Tevens dragen we bij aan een effectieve kennisverspreiding rond het praktijkspoor en versterken we een landelijke kennisfunctie over gelijke behandeling van handicap en chronische ziekte binnen bestaande kennisstructuren (€ 1,1 miljoen).

- Het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap Nederland zet zich actief in voor het ratificeren van het Verdrag over de rechten van personen met een handicap. Voordat tot ratificatie kan worden overgegaan, moeten de consequenties van het Verdrag voor de Nederlandse wetgeving in beeld worden gebracht. De reikwijdte van het Verdrag is zo breed, dat het in meerdere of mindere mate elk departement raakt en een analyse vraagt van alle wetgeving die de positie van mensen met een handicap kan beïnvloeden.

Wij hebben hierbij een coördinerende rol en om dit proces te stimuleren hebben we een interdepartementale werkgroep in het leven geroepen. Het streven is er op gericht om het Verdrag nog deze kabinetsperiode te ratificeren (€ 0,2 miljoen).

Beschikbaarheid specifieke voorzieningen

- Wonen met zorg en ondersteuning

Wij voeren samen met de minister voor WWI en partijen in het veld het actieplan «Beter (t)huis in de buurt; Samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007–2011» uit. Hierin zijn maatregelen opgenomen om de variatie in

woonvormen voor mensen met een zorgvraag, de totstandkoming van voldoende geschikte woningen, zorg en ondersteuning op maat, een adequate inrichting van wijken en een integrale aanpak te stimuleren. Het gaat onder meer om de uitbreiding van het volledig pakket thuis per 1 januari 2009, het verspreiden van de resultaten van een onderzoek naar wijkservicepunten en om een ondersteuningsprogramma waarmee de lokale samenwerking op het gebied van wonen, zorg en ondersteuning wordt gestimuleerd. Veldpartijen voeren belangrijke activiteiten uit op dit gebied. Deze zullen we waar wenselijk en mogelijk ondersteunen (€ 0,9 miljoen). Verder staat 2009 in het teken van de voorbereiding van het invoeren van het financieel scheiden van wonen en zorg voor mensen met somatische beperkingen en de lichamelijk en zintuigelijk gehandicapten, waarvoor in de brief van 13 juni 2008 (kamerstukken 2007–2008, 30 597, nr. 15) over de toekomst van de AWBZ als streefdatum 1 januari 2010 is genoemd. In een in het najaar van 2008 te versturen brief zal nader worden ingegaan op de resultaten van een analyse van de financiële en andere consequenties van het scheiden van wonen en zorg, en aan de hand daarvan op de verdere invulling van het doorvoeren van deze scheiding en de daarvoor verder te nemen stappen.

- **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 2009 blijven we bijzondere aandacht geven aan de kwaliteit van het vervoer en de beheersbaarheid van de uitgaven (€ 58 miljoen).

Kengetallen			
Aantallen pashouders persoonlijke kilometer budgetten (pkb) Valys			
Aantal pashouders	2005	2006	2007
Laag PKB	70 061	120 433	168 876
Hoog PKB	3 579	5 210	6 588
Totaal	73 640	125 643	175 464

Bron:

Kengetallen over Valys worden maandelijks opgenomen in de facturen van de vervoerder. Het aantal pashouders neemt toe. De stand ultimo mei 2008 is 193 863 pashouders. 96% van de pashouders heeft een standaard pkb en 4% een hoog pkb. Dit betekent dat steeds meer mensen met een mobiliteitsbeperking van het Valys-vervoer gebruik maken.

- **Doelgroepenvervoer**
Doel is te komen tot één loket, een eenvoudiger en klantvriendelijker indicatiestelling en een doelmatiger organisatie en uitvoering van het doelgroepenvervoer. Binnen het bestaande systeem stimuleren we betrokken partijen (o.a. gemeenten, stadsregio's en provincies) tot samenwerking. Daartoe worden de ervaringen van de lopende pilots (die vooral gaan over samenwerking doelgroepenvervoer en OV) breed verspreid en wordt gericht een beperkt aantal nieuwe pilots gestart en door VWS ondersteund. Hierbij ligt het accent op bundeling van indicatiestelling en samenwerking tussen gemeentelijk vervoer en andere vormen van doelgroepenvervoer (€ 0,2 miljoen).

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 (€ 172,3 miljoen). Vanaf 2008 is in de subsidievoorwaarden opgenomen dat MEE-organisaties moeten samenwerken met gemeenten. In 2008 wordt een analyse uitgevoerd over deze samenwerkingsafspraken. De resultaten hiervan worden betrokken bij het opstellen van de subsidieregeling voor 2009. Verder wordt eind 2008 een conferentie over de samenwerkingsafspraken tussen MEE-organisaties en gemeenten georganiseerd en verschijnt begin 2009 hierover een handreiking voor gemeenten.

Kengetallen				
MEE-organisaties	2005	2006	2007	2008 ¹
Aantal cliënten	82 531	91 183	100 546	110 601
Aantal diensten	122 417	163 675	185 976	204 611
Aantal MEE-organisaties ²	26	25	23	23

Bron: Monitor van Mee-Nederland (2007)

Toelichting:

¹ Schatting voor 2008 door MEE-organisaties.

² Het aantal MEE organisaties is gedaald a.g.v. fusies.

- De Taakgroep Handicap en Lokale Samenleving
De Taakgroep faciliteert de communicatie tussen de gemeentebesturen en de (lokale organisaties van) burgers met een beperking. Bij de gemeenten worden de vragen en behoeften van burgers met een beperking onder de aandacht gebracht. Met voorbereidende trainingen en begeleiding vanuit de Taakgroep worden de betrokken burgers in de gelegenheid gesteld zich te bekwamen in een effectieve communicatie richting het gemeentebestuur. De debatten moeten leiden tot het versterken van het inclusief beleid van gemeenten en betere afstemming van het beleid op de behoeften van mensen met een beperking (€ 0,3 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Projectsubsidies	27 762	27 341	26 241	26 241	26 241
<i>Onder andere:</i>					
Doelgroepenvervoer	200	100	0	0	0
VN-verdrag	150	200	200	200	200
Woningaanpassingen	24 993	24 993	24 993	24 993	24 993
Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken	1 100	700	500	500	500
Wonen met zorg en ondersteuning	939	939	539	539	539
Taakgroep Handicap en Lokale Samenleving	315	149	0	0	0
Opdrachten	58 050	58 150	58 250	58 250	58 250
Bovenregionaal vervoer (Valys)	58 050	58 150	58 250	58 250	58 250
Totaal	85 812	85 491	84 491	84 491	84 491

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. Overblijvende middelen zullen zo spoedig mogelijk naar het gemeentefonds worden overgeheveld.

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

Motivering

Motivering

Het doel van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang is mensen, die daar hun toevlucht hebben gezocht perspectief te bieden om daarna weer mee te kunnen doen in de samenleving. Daarvoor is een samenhangend (lokaal) beleid nodig op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, veiligheid, wonen en zorg, inkomen en dagbesteding. Bij de uitvoering van dit beleid werken we samen met diverse departementen, waaronder Justitie.

Voor de doelgroep van de maatschappelijke opvang heeft het plan van aanpak van de G4 aan dat beleid een enorme impuls gegeven. Het plan berust op twee centrale pijlers:

- een persoonsgerichte benadering met behulp van individuele trajectplannen en aan de individuele personen gekoppelde cliëntmanagers;
- een 100% sluitende samenwerking tussen alle betrokken partijen en instellingen.

In 2008 hebben vrijwel alle andere centrumgemeenten zich daarbij aangesloten met een eigen Stedelijk Kompas maatschappelijke opvang.

Voor slachtoffers van huiselijk geweld, eerge relateerd geweld, vrouwelijke genitale verminking (VGV) en mensenhandel gaan we in deze kabinetsperiode extra investeren om te komen tot een toekomstbestendig stelsel van opvang en hulpverlening. In «Beschermd en weerbaar» staat welke maatregelen we daarvoor (gaan) treffen. We hebben op 18 juni 2008 met de VNG/centrumgemeenten, de Federatie Opvang, de MOgroep en GGD Nederland een actieverklaring ondertekend om vanuit ieders verantwoordelijkheid een extra inspanning te leveren aan de totstandkoming van dit

stelsel. In een actieprogramma zijn deze afspraken vertaald naar concrete acties. Daarin zijn ook de structurele middelen € 1 miljoen voor tienermoeders opgenomen.

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2005	2006	2007	Streefwaarde 2009	Streefwaarde lange termijn 2011
1. Uitbreiding van het aantal opvangplaatsen in de vrouwenopvang (alle doelgroepen)		105		+ 100	500
2. Opvangplaatsen voor mannelijke slachtoffers van ernstige dreiging van geweld in afhankelijkheidsrelatie	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	40	40
3. Aantal daklozen met trajectplan	n.v.t.	n.v.t.	3 000	5 000	10 000

Bronnen:

- Voortgangsrapportage Maatschappelijke Opvang, 29 325, nr. 25
- Het bedrag van € 0,8 miljoen hiervoor is overgeboekt naar het Gemeentefonds.
- Monitor Plan van aanpak maatschappelijke opvang, Rapportage 2007, Amsterdam, Rotterdam, den Haag en Utrecht

Kengetallen Capaciteit (aantal plaatsen) in de opvang, naar voorzieningensoort		
Maatschappelijke opvang	2005	2006
Nachtopvang	1 393	1 403
MO 24 uurs woonvoorziening	3 570	3 461
MO 24 uurs meerzorg	709	802
MO 24 uurs (crisis)opvang	784	718
Dagopvang	2 616	2 701
Totaal	9 072	9 085
Vrouwenopvang		
VO 24 uurs woon partieel	822	923
VO 24 uurs woonvoorziening (met 24-uurs begeleiding)	950	916
VO 24 uur (crisis)opvang	277	270
Nachtopvang	43	43
Dagopvang	86	131
Totaal	2 178	2 283
Maatschappelijke opvang/Vrouwenopvang		
MO/VO begeleid wonen	3 837	3 908

Bovenstaande tabel laat de capaciteit naar voorzieningensoort in 2005 en 2006 zien. De capaciteit is onderverdeeld in drie categorieën: maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en een combinatie van beiden. De toename van het aantal plaatsen begeleid wonen past in het beleid om de doorstroom van de laagdrempelige opvang naar woonvoorzieningen te bevorderen.

Instrumenten ten behoeve van het uitvoeren van het plan van aanpak Maatschappelijke Opvang Rijk-G4 en Stedelijke Kompassen van de overige centrumgemeenten.

- Plan van aanpak Maatschappelijke opvang en Stedelijke Kompassen. We monitoren de uitvoering van het plan van aanpak Maatschappelijke Opvang Rijk-G4 en de Stedelijke Kompassen van de overige centrumgemeenten. Doelstelling van het plan en de Kompassen is om alle daklozen te voorzien van een trajectplan waarin zij worden voorzien van een aanbod voor huisvesting, zorg, inkomen en dagbesteding. Daartoe:
 - Wordt het besluit uitgevoerd over de verdeelsleutel voor de maatschappelijke opvang.
 - Worden met ingang van 1 januari 2009 de middelen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang opgehoogd met € 36 miljoen (€ 30 miljoen maatschappelijke opvang en € 6 miljoen vrouwenopvang). Deze middelen worden overgeheveld uit de AWBZ naar de centrumgemeenten. Dit gebeurt om gemeenten tegemoet te komen om de gevolgen op te vangen van het schrappen per 1 januari 2008 van de grondslag psychosociaal voor de functie ondersteunende begeleiding algemeen.
 - Starten we een longitudinaal onderzoek met de vraag «wat werkt voor wie?» in de maatschappelijke opvang. Dit onderzoek duurt tot eind 2012. De focus van het onderzoek ligt bij het perspectief van de dakloze zelf. Op korte termijn levert het onderzoek inzicht in de behoeften en wensen van daklozen in relatie tot hun problemen en hun achtergrond. Op lange termijn geeft het onderzoek inzicht in de effectiviteit van de persoonsgerichte aanpak van dakloosheid op langere termijn.

Instrumenten Beschermd en Weerbaar

- Tienermoeders (kabinetsdoelstelling 47)
Wanneer onbedoeld zwangere meisjes ervoor kiezen om het kind te houden krijgen ze soms geen steun uit hun omgeving. Deze meisjes hebben dan specifieke hulp en opvang nodig om zich voor te bereiden op een zelfstandig bestaan met kind (en eventueel partner). Voor opvangcapaciteit is € 1 miljoen structureel beschikbaar gesteld. Deze middelen worden toegevoegd aan de middelen die extra beschikbaar zijn in het kader van Beschermd en Weerbaar.
- Gegarandeerde opvang
In 2009 breiden wij het aantal opvangplaatsen voor slachtoffers (vrouwen en kinderen, zowel meer- als minderjarig) van eengerelateerd geweld, huiselijk geweld en mensenhandel uit (€ 3,9 miljoen). Het gaat om 100 plaatsen per jaar. In 2012 gaat het dus om structureel 500 extra plaatsen.
- Lokaal beleid huiselijk geweld
Om te komen tot een goede lokale/regionale infrastructuur versterken we de Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG's). De ASHG's gaan hun toegankelijkheid, (24 uurs-)bereikbaarheid, hun preventie- en laagdrempelig hulpverleningsaanbod, hun coördinerende rol in de (veiligheids- en hulpverlenings)keten verbeteren en verbreden (€ 10 miljoen). In verband met de Wet tijdelijk huisverbod gaat het ook om de inzet en versterking van crisisinterventie, de opvang van daders (uithuisgeplaatsten) en versterking van de hulpverlening (vanwege de verwachte toegenomen vraag om hulpverlening van zowel slachtoffers als daders ná het opleggen van het huisverbod).

- **Kwaliteit opvang en hulp**

Leidraad in de vrouwenopvang is «passende, goede en snelle» hulp die aansluit bij de vraag. Om deze kwaliteitsslag te maken, investeren we in het Verbeterplan Vrouwenopvang (€ 0,5 miljoen), dat de Federatie Opvang in samenspraak met de VNG heeft opgesteld.

- **Duurzame en krachtige aanpak van vrouwelijke genitale verminking (vgv)**

De aanpak van vgv wordt in 2009 verder doorgepakt. De nadruk zal komen te liggen op het structureel maken van de intensieve aanpak in zes pilot regio's, het vergroten van de meldingsbereidheid en de Europese en Internationale agendering van vgv (€ 0,8 miljoen).

- **Opvangplaatsen voor mannelijke slachtoffers van ernstig geweld in afhankelijkheidsrelaties**

In 2009 gaan we samen met de vier grote gemeenten; Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht 40 plekken realiseren voor mannelijke slachtoffers van ernstige dreiging van geweld in afhankelijkheidsrelaties (€ 0,8 miljoen). Dit bedrag is overgeboekt naar het Gemeentefonds.

- **Zwerfjongeren**

De komende jaren zullen we langs verschillende wegen stimuleren dat gemeenten zwerfjongerenbeleid (verder gaan) ontwikkelen. Hiermee is een bedrag gemoeid van € 0,5 miljoen voor 2009. In ieder geval subsidiëren we daarvan het project Take Off met als doel het creëren van randvoorwaarden voor de re-integratie van (zwerf)jongeren via kleinschalige woonvormen. Over andere maatregelen beslissen wij na raadpleging van de VNG en de Federatie Opvang.

Beleidsartikelen/Artikel 44

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies	878	878	878	878	878
<i>Onder andere:</i>					
Stg.Korrelatie	646	646	646	646	646
SOS telefonische Hulpdiensten	222	222	222	222	222
Projecten	5 750	5 750	5 750	5 750	5 750
Zwerfjongeren	500	500	500	500	500
Vrouwelijke Genitale Verminkingen	750	750	750	750	750
Kwaliteit opvang en hulp – Verbeterplan Vrouwen Opvang	500	500	500	500	500
Geweld in afhankelijkheidsrelaties	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
Opdrachten	700	700	700	700	700
<i>Onder andere:</i>					
Longitudinaal onderzoek dak en thuislozen	300	300	300	300	300
Versterking kwaliteit MO/VO/OGGZ	250	250	250	250	250
Specifieke Uitkeringen	364 317	360 802	356 120	352 131	352 131
Tiernermoeders	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
MO/VO GSB en overige steden	314 317	314 802	315 120	315 131	315 131
Verdeelsleutel MO	13 000	9 000	4 000	0	0
Grondslag psychosociaal functie ondersteunende begeleiding Algemeen	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000
Beschermd en weerbaar	24 825	27 325	29 825	32 325	32 325
<i>Onder andere naar de specifieke uitkering VO:</i>					
Opvang capaciteit	3 900	7 000	9 600	12 100	12 100
Versterken ASHG's	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Wet Huisverbod	2 600	2 600	2 600	2 600	2 600
Interventieteams/daderopvang	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000
Totaal	396 470	395 455	393 273	391 784	391 784

44.4 Overzicht beleidsonderzoeken

Beleidsonderzoeken			
	Onderzoek Onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Effectonderzoek ex post	Evaluatie Kennisbeleid	44.3.1	A. 2007 B. 2010
	Evaluatie deskundigheidsbevordering vrijwilligers	44.3.2	A. 2008 B. 2008
	Evaluatie Wgbh/cz	44.3.3	A. 2008 B. 2008
	Evaluatie Beleidsbrief Voor Elkaar (ex post)	44.3.2	A. 2010 B. 2011
Beleidsvaluatie	Evaluatie Wmo	Alle doelstellingen	A. 2007 B. 2009
Overig evaluatieonderzoek	Tijdsbestedingsonderzoek TBO (Monitor vrijwilligerswerk SCP) ¹	44.3.2	A. 2006 B. 2009
	Deelname aan vrijwilligersWerk, POLS (CBS) ²	44.3.2	A. 2007 B. 2008

¹ De trendstudie Tijdsbestedingsonderzoek TBO (monitorvrijwilligerswerk SCP) wordt opnieuw gestart in 2011 en afgerond in 2013.

² De trendstudie Deelname aan vrijwilligersWerk, POLS (CBS) wordt in 2008 (afgerond 2009) en 2010 (afgerond 2011) herhaald.

Artikel 46 Sport

46.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Belangrijkste beleidsonderwerpen
2009

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2009

Het Kabinet ziet sport als een bindende factor in de samenleving, omdat sport 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 bovenal 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.

In het beleidsprogramma *Samen werken samen leven* (kamerstuk 31 070, nr. 1) en in de brief *Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007–2010* (kamerstukken 30 800 XVI, nr. 138) lichten we de belangrijke positie van de sport(verenigingen) toe. De beleidsvoornemens op het gebied van sport zijn uitgewerkt in de beleidsbrief *De kracht van sport* (kamerstuk 30 234, nr. 13). De plannen op het terrein van Sport en Ontwikkelingssamenwerking zijn opgenomen in de gezamenlijke beleidsnotitie *Een kans voor open doel. De kracht van sport in ontwikkelingsamenwerking* (kamerstukken 31 250 en 30 234, nr. 7).

In het najaar verschijnt, in samenwerking met het ministerie van OCW, het beleidsprogramma School en Sport. Dit beleidsprogramma is het vervolg op de Alliantie School en Sport en wordt met name gericht op het middelbaar beroepsonderwijs en op het verminderen van schooluitval door middel van sport.

De belangrijkste beleidsonderwerpen in 2009 zijn:

- Stimuleren van beweging en tegengaan van inactiviteit, met speciale aandacht voor de jeugd (46.3.1).
- Versterken van sportverenigingen met het oog op hun maatschappelijke functie, onder meer door de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur (46.3.2).
- Stimuleren dat gehandicapten meer sporten en bewegen (46.3.2).
- Bevorderen van sportiviteit en respect door middel van sport (46.3.2).
- Benutten van de sport om bij te dragen aan armoedebestrijding, welzijn en vredesopbouw in ontwikkelingslanden (46.3.2).
- Mogelijk maken dat talenten kunnen excelleren op internationaal niveau (46.3.3).

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 tevens 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. Tevens werken we bij de uitvoering van het beleid samen met andere departementen. Tot slot hebben Nederland en Frankrijk in een gezamenlijk memorandum over het Witboek sport de Europese Commissie opgeroepen om de positie van sport in het gemeenschapsrecht op een aantal terreinen te verduidelijken.

Prestatie-indicator

Prestatie-indicator

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

Prestatie-indicatoren	Trendgegevens		Streefwaarde lange termijn
Indicator	2003	2007	2011
Percentage van de Nederlandse bevolking dat minimaal twaalf keer per jaar aan sport doet	60%	n.n.b.	65%

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 het najaar van 2008 beschikbaar.

De meeste indicatoren in dit artikel kennen een lange termijn streefwaarde voor 2010 of 2011. In de beleidsbrief *De kracht van sport* (kamerstuk 30 234, nr. 13) zijn de streefwaarden op het gebied van stimuleren van beweging en tegengaan van inactiviteit aangescherpt en is de periode verlengd tot 2012 (46.3.1). De effecten van het beleid zijn pas op langere termijn zichtbaar, daarom zijn geen tussenwaardes opgenomen.

46.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplichtingen	94 107	74 806	92 833	94 677	121 480	127 427	127 633
Uitgaven	99 209	109 500	137 634	136 444	129 209	128 327	128 326
Programma-uitgaven	96 867	106 933	135 303	134 221	127 201	126 469	126 468
1. Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid	8 596	14 480	24 761	24 487	25 280	25 500	25 500
2. Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om	68 885	64 664	80 252	79 445	71 683	73 154	73 154
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	19 386	27 789	30 290	30 289	30 238	27 815	27 814
Apparaatsuitgaven	2 342	2 567	2 331	2 223	2 008	1 858	1 858
Ontvangsten	830	1 025	870	870	870	870	870

Budgetflexibiliteit:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2009	2010	2011	2012	2013
1 Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid	24 761	24 487	25 280	25 500	25 500
– Juridisch verplicht	23 236	12 250	11 050	3 800	3 750
– Bestuurlijk gebonden	0	9 500	10 000	5 000	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	1 525	2 737	4 230	16 700	21 750
2 Via de sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om	80 252	79 445	71 683	73 154	73 154
– Juridisch verplicht	77 614	51 324	23 130	15 672	15 172
– Bestuurlijk gebonden	0	23 334	23 334	28 334	28 334
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	2 638	4 787	25 219	29 148	30 648
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	30 290	30 289	30 238	27 815	27 814
– Juridisch verplicht	28 181	23 455	18 037	14 531	7 531
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	2 109	6 834	12 201	13 284	20 283

Toelichting

De bedragen opgenomen op de regels «Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden» zijn beleidsmatig gereserveerd:

- Binnen OD 1 Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid: uitgaven op het terrein van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen, de sportgeneeskunde en het vergroten van kennis en informatie over gezonde sportbeoefening.
- Binnen OD 2 Via sport ontmoeten mensen elkaar, doen mensen mee

aan maatschappelijke activiteiten en gaan mensen respectvol met elkaar om: uitgaven op het terrein van het beleidsprogramma school en sport, de bevordering van sportdeelname van gehandicapten, de vernieuwing van het lokaal sportaanbod, meedoen allochtone jongeren door sport, sportkader en sportiviteit en respect.

- Binnen OD 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: uitgaven op het terrein van topsportevenementen, 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

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.

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.

Motivering

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

Prestatie-indicatoren	Trendgegevens				Streefwaarde lange termijn
	2004	2005	2006	2007	
Indicator					2012
Percentage van de Nederlandse bevolking (vanaf 18 jaar) dat voldoet aan de beweegnorm	60 %	63 %	68 %	64 %	70 %
Percentage jeugdigen (4–17 jaar) dat voldoet aan de beweegnorm				45 %	50 %
Percentage van de Nederlandse bevolking (vanaf 18 jaar) dat inactief is	8,2 %	5,8 %	5,3 %	5,2 %	5,0 %

Toelichting

Deze indicatoren geven 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.

Als beweegnorm wordt de zogenaamde «combinorm» gehanteerd. Aan die norm wordt voldaan als men voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en/of de Fitnorm. De NNBG vereist minimaal 30 minuten matig intensief bewegen op minstens 5 dagen per week. Voor de jeugd tot 18 jaar is dit 60 minuten op zeven dagen per week. De Fitnorm vereist minimaal 20 minuten intensief bewegen (sport of fitness) op minstens 3 dagen per week.

De realisatie van deze indicatoren 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 samen met andere departementen 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 (€ 15,5 miljoen).

Op 3 april 2008 is een overeenkomst gesloten met de VNG en NOC*NSF over de Impuls NASB. Via deze impuls worden de te weinig actieve burgers in ruim 100 gemeenten, die zijn geselecteerd op basis van de lage sociaal-economische status, gestimuleerd meer te gaan bewegen. Daartoe wordt gebruik gemaakt van succesvol gebleken sport- en beweegaanbod in de eigen woonomgeving. Het Kabinet investeert de komende jaren € 38 miljoen in deze Impuls. Met de VNG is afgesproken dat de gemeenten, die deze sport- en beweegactiviteiten gaan opzetten, eenzelfde bedrag investeren. In totaal wordt daardoor tot en met 2014 € 76 miljoen geïnvesteerd.

Daarnaast wordt fors ingezet op het terugdringen van de bewegingsarmoede bij jeugdigen, aangezien het merendeel van de jongeren de geadviseerde norm niet haalt. Het RIVM ontwikkelt momenteel een richtlijn om bewegen onderdeel te laten uitmaken van de jeugdgezondheidszorg. Deze richtlijn zal in 2009 ontwikkeld worden in samenspraak met de Centra voor Jeugd en Gezin.

- **Beweegkuur**

In het kader van de Beweegkuur wordt verdere ervaring opgedaan met proefimplementaties van beweeginterventies om zo informatie beschikbaar te krijgen over voldoende effectiviteit voor opname in het basisverzekeringsspakket (€ 3 miljoen). In zeven proefregio's worden patiënten met Diabetes type II (of een verhoogd risico op het krijgen daarvan) door de huisarts doorverwezen naar een leefstijladviseur. De leefstijladviseur selecteert voor de patiënt een passend beweegprogramma, waarbij de patiënt maximaal één jaar wordt begeleid.

- **Gezonde sportbeoefening**

Daarnaast zijn subsidies beschikbaar voor de sportmedische begeleiding van topsporters (€ 1 miljoen), om projecten uit te voeren die gericht zijn op blessurepreventie (€ 0,8 miljoen), om de kwaliteit van de sportgeneeskunde verder te verbeteren (€ 3 miljoen) en om de kennis van en informatie over sport en bewegen te vergroten (€ 1,4 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	450	450	450	450	450
Gezonde sportbeoefening	450	450	450	450	450
Decentralisatie-uitkering	9 000	9 500	10 000	5 000	0
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	9 000	9 500	10 000	5 000	0
Projectsubsidies/Opdrachten	15 311	14 537	14 830	20 050	25 050
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen	6 495	8 274	8 764	13 881	18 881
Beweegkuur	3 000	500	0	0	0
Gezonde sportbeoefening	5 816	5 763	6 066	6 169	6 169
Totaal	24 761	24 487	25 280	25 500	25 500

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, waaronder:

- 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.

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 het

kader van de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur wordt daarom geïnvesteerd in combinatiefuncties. Daardoor worden ook sportverenigingen versterkt.

We willen bereiken dat:

- Mensen meedoen aan sportactiviteiten op lokaal niveau (in de wijk, op en om de school en bij de vereniging), waarbij extra aandacht is voor jongeren;
- 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;
- Mensen zich sportief gedragen en (spel)regels respecteren;
- Sport benut wordt om bij te dragen aan armoedebestrijding, welzijn en vredesopbouw in ontwikkelingslanden.

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

Prestatie-indicatoren	Trendgegevens				Streefwaarde lange termijn
	1995	1999	2003	2007	2011
Indicator					
Percentage van de Nederlandse bevolking dat lid is van een sportvereniging	36%	34%	36%	n.n.b.	38%
Percentage van de Nederlandse bevolking dat als vrijwilliger in de sport actief is	13%	8% (2000)	11%	n.n.b.	13%

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 het najaar van 2008 beschikbaar.

Instrumenten ter bevordering van deelname aan sportactiviteiten op lokaal niveau

- Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur
Via de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur verstrekken wij, in samenwerking met OCW, via het Gemeentefonds decentralisatie-uitkeringen aan gemeenten voor het aanstellen van professionals in combinatiefuncties, die werkzaam zijn op minimaal twee van de drie werkterreinen binnen de Impuls (€ 19,6 miljoen). Hiermee wordt voor een belangrijk deel invulling gegeven aan de Intensivering Sport uit het Coalitieakkoord, wordt meer sportaanbod gecreëerd op en rond (brede) scholen in het primair en voortgezet onderwijs en worden sportverenigingen versterkt met het oog op hun maatschappelijke functie.

Met de VNG zijn afspraken gemaakt over de uitvoering van de Impuls door de gemeenten. In 2008 wordt gestart met 375 combinatiefuncties in 30 gemeenten uit de G31. In 2009 zullen deze gemeenten een deel van de financiering op zich nemen en het aantal combinatiefuncties uitbreiden naar 475. Daarnaast zullen in 2009, in de tweede tranche, ruim 90 gemeenten aanhaken met nog eens 440 combinatiefuncties.

- Sport en onderwijs

Halverwege 2008 is volgens planning de Alliantie School en Sport afgerond. In het vervolg op de Alliantie brengen we, samen met het ministerie van OCW, in het najaar van 2008 een Beleidsprogramma Sport en Onderwijs uit. Dit beleidsprogramma bouwt voort op de resultaten van de Alliantie en sluit aan op de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur. In het beleidsprogramma zal prioriteit worden gegeven aan het middelbaar beroepsonderwijs, dat niet van de Impuls profiteert, en aan het vermindere(n) van schooluitval door sport (€ 1,5 miljoen).

- BOS/BSI

Deze uitkeringen zijn onder meer bedoeld voor het stimuleren van het sportaanbod en de sportdeelname op lokaal niveau. De BOS-regeling richt zich op samenwerking tussen buurt, onderwijs en sport (BOS) om door middel van sport achterstanden van jeugdigen op het gebied van gezondheid, sport, onderwijs en participatie tegen te gaan (€ 13,7 miljoen). De Breedtesportimpuls (BSI) is bedoeld om het lokale sportaanbod structureel te verbeteren (€ 0,9 miljoen). Bezien wordt of de Breedtesportimpuls in 2008 afgewikkeld kan worden.

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

- Vernieuwing lokaal sportaanbod

Subsidies voor activiteiten om het sportaanbod en de sportverenigingen te vernieuwen. Dat gebeurt via een gericht programma met 15 proefprojecten waarin 70 verenigingen participeren in 40 takken van sport (€ 3,8 miljoen).

Door de proeftuinen krijgen sportverenigingen een impuls hun aanbod op nieuwe doelgroepen te richten als de ongeorganiseerde duursporter, senioren, mensen met een beperking of in te haken op de nieuwe behoeften van sporters (gezondheidssport, outdoor experiences). Ook de relatie met de naschoolse opvang en de school staat centraal in verschillende proeftuinen. De proeftuinen dienen als voorbeeld en inspiratiebron voor andere sportverenigingen en lokale partners.

- Gehandicaptensport

Subsidies verlenen aan landelijke sportorganisaties om de sportdeelname van gehandicapten te bevorderen (€ 2,5 miljoen).

De sportdeelname van mensen met een handicap blijft achter in vergelijking met anderen. Om de sportparticipatie van gehandicapten te bevorderen richten we ons op het stimuleren van sport in het speciaal onderwijs en op het vergroten van het sportaanbod in zorgvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap. In 2009 zullen Gehandicaptensport Nederland en NOC*NSF hiertoe aan de slag gaan op basis van een gezamenlijk werkplan.

- Kennis en informatie

Subsidies aan landelijke sportorganisaties en instelling om kennis van en informatie over de sport te vergroten (€ 4,6 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).

- Meedoen allochtone jongeren door sport en zorgtrajecten
Subsidies aan (sport)organisaties (€ 12,2 miljoen) en bijdragen aan andere overheden (€ 2,5 miljoen) om de sportdeelname van allochtone jongeren te bevorderen en om met sport extra begeleiding en zorgtrajecten voor jongeren uit te voeren.

Bij 500 sportverenigingen, binnen de 9 deelnemende sportbonden, zijn begeleidingsprojecten opgestart binnen de 11 geselecteerde gemeenten. Bij 50 van deze verenigingen zijn ook zorgtrajecten in uitvoering.

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

- Sportkader

Subsidies aan landelijke (sport)organisaties 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 (€ 2,5 miljoen).

- Sportiviteit en respect

Subsidies voor ondersteuning van de sportsector bij de ontwikkeling en uitvoering van het beleid ter bevordering van sportiviteit en respect (€ 2,8 miljoen).

Onderdeel van dit beleid is de uitvoering van het «Masterplan Arbitrage». In aanvang heeft VWS bijgedragen aan het programma van 9 bonden voor contactsporten in teamverband. In overleg met NOC*NSF wordt de ondersteuning nu uitgebreid naar 16 bonden.

Instrument ten behoeve van het benutten van sport voor internationale samenwerking

- Sport en ontwikkelingssamenwerking

Subsidies aan sport- en ontwikkelingsorganisaties om sportprojecten op te zetten in tien landen (€ 1,5 miljoen HGIS-middelen).

Ook voor mensen in ontwikkelingslanden is sport een belangrijk middel bij het vergroten van sociale samenhang, leefbaarheid, wederzijds respect, een gezonde leefstijl en het zelfvertrouwen. In 2009 zal geïnvesteerd worden in sportprojecten in een tiental landen, op basis van een plan van aanpak dat door NOC*NSF in 2008 wordt opgesteld. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de kennis en ervaring ter plaatste van diverse Nederlandse instellingen op het terrein van ontwikkelingssamenwerking.

- Koninkrijksband en internationale samenwerking

Subsidies om de Koninkrijksband en de internationale samenwerking te versterken (€ 0,8 miljoen).

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies/Structurele subsidies	5 530	5 530	5 530	5 530	5 530
Sportdeelname gehandicapten	980	980	980	980	980
Kennis en informatie	3 550	3 550	3 550	3 550	3 550
Sportkader	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Specifieke uitkeringen	14 626	12 809	2 323	265	257
BOS-regeling	13 750	12 809	2 323	265	257
Breedtesportimpuls*	876	0	0	0	0
Decentralisatie-uitkering	19 609	23 334	23 334	28 334	28 334
Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur	19 609	23 334	23 334	28 334	28 334
Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken	2 520	0	0	0	0
Meedoen allochtone jongeren door sport	2 520	0	0	0	0
Projectsubsidies/Opdrachten	37 967	37 772	40 496	39 025	39 033
Sport en onderwijs	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
Vernieuwen lokaal sportaanbod	3 823	3 823	3 823	3 823	3 823
Sportdeelname gehandicapten	1 503	1 518	1 518	1 618	1 618
Kennis en informatie	1 052	1 053	1 119	1 219	1 219
Compensatie Ecotax	9 357	9 357	9 357	9 357	9 357
Meedoen allochtone jongeren door sport	12 234	12 178	14 711	13 811	13 811
Sportkader	1 544	1 582	1 582	1 682	1 682
Sportiviteit en respect	2 848	2 849	2 849	2 849	2 849
Sport en ontwikkelingssamenwerking	1 500	1 500	1 500	0	0
Koninkrijksband en Internationale Samenwerking	850	850	850	1 350	1 350
Diversen	1 756	1 562	1 687	1 816	1 824
Totaal	80 252	79 445	71 683	73 154	73 154

* Bezien wordt of de Breedtesportimpuls in 2008 kan worden afgewikkeld.

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 behouden in de internationale top tien landenklassering. Daarvoor moeten Nederlandse sporters goed presteren op Wereldkampioenschappen en op de Olympische en Paralympische Spelen. Om in de top tien te blijven, 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 onderzoek en gesprekken met onderzoekers en NOC*NSF blijkt dat voor Nederland kansen liggen op het terrein van talentontwikkeling.

De Olympische Spelen en vooral ook het EK Voetbal hebben opnieuw aangetoond dat sport een feest kan zijn voor iedereen, een bindende factor is in onze maatschappij en een unieke bijdrage levert aan het imago van Nederland in het buitenland. Onbetaalbare Holland Promotie, die zeker heeft bijgedragen aan het vergroten van de kansen van Nederland op het verkrijgen van de organisatie van het WK Voetbal 2018 en de Olympische Spelen 2028.

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

Prestatie-indicatoren			
Indicator	Waarde	Peildatum	Streefwaarde lange termijn
Positie van Nederland in de topsport landenklassering	9e plaats	1-1-2008	Positie bij de eerste tien (2010)

Toelichting

Deze nieuw ontwikkelde prestatie-indicator geeft aan in hoeverre Nederland erin slaagt om zich te scharen bij de top tien van topsportlanden. De bron is de World Sports Nations Index van NOC*NSF. In deze index zijn de uitslagen verwerkt van alle medaille-evenementen van de laatst gehouden Wereldkampioenschappen of de Olympische Spelen.

Instrumenten ter bevordering van de topsport

- **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) op te zetten en door een bijdrage te leveren aan hoogwaardige internationale trainings- en wedstrijdprogramma's in voorbereiding op de Olympische Spelen. Met het beschikbaar komen van de tweede tranche van de Intensivering Sport uit het Coalitieakkoord wordt het budget met € 2,5 miljoen verhoogd tot € 9,8 miljoen.

In 2009 investeren we in extra talentcoaches die bij meerdere sportbonden in dienst zijn. De investering in een betere combinatie van toptraining en onderwijs zal concreet vorm krijgen in, evenredig over het land verspreide, Centra voor Topsport en Onderwijs (CTO's). Daarnaast leveren we een bijdrage aan hoogwaardige internationale trainings- en wedstrijdprogramma's in voorbereiding op de Olympische Spelen van 2010 in Vancouver en 2012 in Londen.

- **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 (€ 4,6 miljoen). Gemiddeld kunnen in de projectperiode 75 full time coaches per jaar gefinancierd worden.

- **Fonds voor de Topsporter**

Bijdrage verstrekken aan het Fonds voor de Topsporter. Deze bijdrage is bedoeld voor het uitkeren van 375 stipendia aan A-topsporters en nationale toptalenten met een inkomen dat lager is dan het minimumloon, zodat zij zich vrij kunnen maken voor hun sportcarrière (€ 5,4 miljoen).

- **Topsportevenementen**

Subsidies verlenen aan (sport)organisaties voor de organisatie van topsportevenementen in Nederland (€ 4,8 miljoen).

In november 2008 wordt het onderzoek over de haalbaarheid van en het draagvlak voor het Olympisch Plan 2028 afgesloten. Dan wordt ook besloten of Nederland in principe bereid is de Spelen te organiseren. Bij een positief besluit zal in 2009 gestart worden met de opbouwfase, waarin het op Olympisch niveau brengen van de infrastructuur en de verankering van de sport in de samenleving voorop staan. De Programmamanager Rijksoverheid van het Olympisch Plan 2028 coördineert daartoe de inbreng van de diverse departementen.

- **Tegengaan van dopinggebruik**

Subsidies verlenen aan (inter)nationale antidopingorganisaties om het dopinggebruik tegen te gaan (€ 2,1 miljoen).

Dopinggebruik is een grote bedreiging voor de sport. Het tast het grondbeginsel van fair play aan en leidt bovendien tot gezondheidsrisico's voor de sporters. Het krachtig tegengaan van dopinggebruik wordt daarom onverminderd voortgezet.

- **Kennis en innovatie topsport**

Bijdrage verstrekken voor de ontwikkeling voor grensverleggende innovatieve toepassingen voor de sport, waaronder aan de Stichting InnoSportNL (€ 3,6 miljoen)

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingsubsidies / Structurele subsidies	6 831	6 831	6 831	6 831	6 831
Stipendiumregeling	5 431	5 431	5 431	5 431	5 431
Dopingbestrijding	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400
Projectsubsidies / Opdrachten	23 459	23 458	23 407	20 984	20 983
Talentontwikkeling	9 797	9 797	9 797	9 797	9 797
Coaches aan de top	4 584	4 584	4 584	4 584	4 584
Topsportevenementen	4 808	4 787	4 756	4 833	4 832
Dopingbestrijding	670	670	620	620	620
Kennis en Innovatie	3 600	3 620	3 650	1 150	1 150
Totaal	30 290	30 289	30 238	27 815	27 814

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
Beleidsdoorlichting	Beleidsdoorlichting uitvoering sportbeleid	46.1	A. 09-2010 B. 03-2011
Effectonderzoek ex post	Tussenevaluatie uitvoering sportbeleid	46.1	A. 03-2008 B. 10-2008
Overig evaluatieonderzoek	Onderzoek naar de sportparticipatie van mensen met een beperking	46.3.2	A. 06-2007 B. 10-2008
	Vervolg-onderzoek sportiviteit en respect	46.3.2	A. 11-2007 B. 09-2008
	Onderzoek Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN) Topsportklimaat onderzoek	46.3.1 46.3.3	Doorlopend 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
2009

Belangrijkste beleidsonderwerpen 2009

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.

Voor 2009 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.
- Voortzetting van het programma Erfgoed van de oorlog (47.3.2)
Dit programma, dat loopt van 2007 t/m 2009, is gericht op het behoud, de toegankelijkheid en de 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 tot en met 2009 zullen subsidieaanvragen op het terrein van Erfgoed aan dit kader getoetst worden.
- Voorbereiding overheveling per 2011 van het cliëntbeheer van de PUR naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB) (47.3.1)
Bij brieven van 30 juli 2007 en 17 juni 2008 heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de wijzigingen in het uitvoeringsbestel met ingang van 2011.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Ministeriële verantwoordelijkheid

We zijn verantwoordelijk voor:

- het actueel houden van de wet- en regelgeving voor oorlogsgetroffenen. Wijzigingen zijn nodig in verband met de vereenvoudiging van de uitvoering van de wetten en 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.

Beleidsartikelen/Artikel 47

Bewustwording van de betekenis van het woord «vrijheid» wordt ondersteund door WO II als referentiepunt te nemen. Daarvoor is het belangrijk de herinnering aan WO II levend te houden door:

- het instandhouden van herinneringscentra;
- het conserveren, het ontsluiten en het stimuleren van gebruik van waardevol erfgoedmateriaal;
- het vertalen 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 en kan niet direct door ons beïnvloed worden.

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplichtingen	407 646	412 150	388 599	370 326	353 459	340 149	327 506
Uitgaven	403 429	412 655	389 961	370 326	353 459	340 149	327 506
Programma-uitgaven	402 040	411 244	388 533	369 446	352 736	339 426	326 783
1. Een kwalitatief goed en doelmatig stelsel van materiële en immateriële hulpverlening aan oorlogsgetroffenen WO II in een situatie van afbouw	392 620	394 977	374 036	359 612	345 260	331 950	319 307
2. De herinneringen aan WO II blijft levend en veel mensen – vooral jeugdigen – zijn zich van bewust van de betekenis van WO II	9 420	16 267	14 497	9 834	7 476	7 476	7 476
Apparaatsuitgaven	1 389	1 411	1 428	880	723	723	723
Ontvangsten	3 047	0	0	0	0	0	0

Budgetflexibiliteit begrotingsuitgaven:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2009	2010	2011	2012	2013
1. <i>Wetten, regelingen en rechtsherstel WO II</i>	374 036	359 612	345 260	331 950	319 307
– Juridisch verplicht	372 212	330 027	317 038	303 728	291 085
– Bestuurlijk gebonden	1 824	29 585	28 222	28 222	28 222
– Niet-verplicht of bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
2. <i>Herinnering en bewustzijn WO II</i>	14 497	9 834	7 476	7 476	7 476
– Juridisch verplicht	4 882	4 889	4 888	4 888	4 888
– Bestuurlijk gebonden	9 615	4 945	2 588	2 588	2 588
– Niet-verplicht of 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 34 680 in 2007 naar 29 902 in 2012. 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. Wij begeleiden en faciliteren 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 het cliëntbeheer van de PUR (het berekenen en betalen van de pensioenen en uitkeringen en de verstrekking van bijzondere voorzieningen aan bestaande cliënten) per 1 januari 2011 worden overgedragen aan 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 2007 rond de 92%. Gestreefd wordt in 2009 dit percentage te handhaven.

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2005	2006	2007	Streefwaarde 2009	Streefwaarde 2012
1. Percentage apparaatskosten PUR in verhouding tot de uitgaven voor pensioenen en uitkeringen	5,3%	5,0%	4,8%	4,8%	4,8%
2. Percentage eerste aanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgehandeld	89%	89%	91%	92%	92%
3. Percentage vervolgaanvragen die door de PUR binnen de (verlengde) wettelijke termijn zijn afgehandeld	90%	88%	93%	92%	92%

Bron: Jaarverslag PUR 2007

Toelichting:

Prestatie-indicatoren 2 en 3: de basiswaarden en de streefwaarden voor 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 gepubliceerd in het jaarverslag van de PUR.

Instrumenten

- Wetten en regelingen
Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal uitkeringen/pensioenen en de daarmee gemoeide totale uitgaven van de wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen over de periode 2005–2007.

Kengetallen Kerngegevens wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen* (bedragen x € 1 miljoen)			
	2005	2006	2007
<i>Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers</i>			
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. uitkeringen art. 21b)	19 251	18 358	17 486
Uitgaven Wuv totaal	€ 194,9	€ 187,2	€ 187,3
<i>Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers</i>			
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. toeslag art. 19)	13 475	13 298	13 265
Uitgaven Wubo totaal	€ 64,1	€ 63,8	€ 67,0
<i>Wetten buitengewoon pensioen</i>			
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	5 047	4 735	4 389
Uitgaven Wbp totaal	€ 93,1	€ 92,4	€ 91,3
<i>Algemene oorlogsongevalenregeling</i>			
Gemiddeld aantal uitkeringen	1 001	1 390	1 665
Uitgaven AOR totaal	€ 4,8	€ 5,5	€ 5,8

Bron: PUR, SAIP januari 2008

- Bijdragen verlenen aan ZBO's (PUR, CAOR, Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma, Stichting Het Gebaar)
Het doel van deze bijdragen is materiële hulp te kunnen verlenen aan oorlogsgetroffenen. Hiertoe stellen we in 2009 bijdragen ter beschikking aan de ZBO's (€ 28,5 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 Rechtsher-

stel nog niet zijn afgerond is het liquidatietijdstip verschoven naar 2010. Stichting Het Gebaar zal per medio 2009 zijn geliquideerd.

- Subsidies immateriële dienstverlening

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 (€ 6,1 miljoen).

- Wet- en regelgeving bijstellen

We stellen de wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen bij, als wijzigingen in aanpalende wetten dat noodzakelijk maken. In 2009 zal een vereenvoudiging van de wetten worden doorgevoerd ter vermindering van de administratieve lastendruk. Voorts vergemakkelijkt deze operatie de overgang van het cliëntbeheer van de PUR naar de SVB per 1 januari 2011.

- Toezicht houden op de ZBO's

Het doel van dit toezicht op de ZBO's is de verantwoordelijkheid voor een rechtmatige, doelmatige en kwalitatief goede uitvoering van het wettelijk stelsel voor oorlogsgetroffenen en het naoorlogs rechtsherstel te kunnen waarmaken. In de brieven van 30 juli 2007 en 17 juni 2008 hebben wij de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rond de uitvoering van de wetten voor oorlogsgetroffenen in het bijzonder de overgang van het cliëntbeheer van de PUR naar de SVB.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen	334 644	320 907	307 926	294 616	281 973
<i>Onder andere:</i>					
Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945 (Wuv)	178 400	171 600	164 800	157 900	151 000
Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 40–45 (Wubo)	69 400	68 800	67 400	65 600	64 100
Wetten buitengewoon pensioen 1940–1945 (Wbp)	78 000	70 900	65 500	60 400	55 700
Bijdragen aan ZBO's	28 543	27 861	26 348	26 348	26 348
<i>Onder andere:</i>					
Pensioen- en uitkeringsraad	26 620	25 938	24 425	24 425	24 425
Instellingssubsidies /Structurele subsidies	8 646	8 605	8 710	8 680	8 680
<i>Onder andere:</i>					
Subsidies immateriële dienstverlening	6 115	6 079	6 042	6 012	6 012
Opdrachten	321	321	321	321	321
Projectsubsidies	1 882	1 918	1 955	1 985	1 985
<i>Onder andere:</i>					
Projecten immateriële hulpverlening	583	515	515	515	515
Totaal	374 036	359 612	345 260	331 950	319 307

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

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

Motivering

Motivering

Het is belangrijk de herinnering aan WO II levend te houden. Dit geldt niet alleen voor de mensen die deze oorlog hebben meegemaakt, maar ook voor jeugdigen vanwege de lessen die daaruit getrokken kunnen worden, mede in relatie tot actuele vraagstukken rond vrijheid, discriminatie en vrede. Onderstaande prestatie-indicatoren meten het belang dat de Nederlandse bevolking hecht aan 4 en 5 mei. De percentages zijn vrij stabiel met een lichte stijging in de afgelopen jaren waar het gaat om het belang dat wordt gehecht aan 4 mei. Overigens is de mening van de Nederlandse bevolking over 4 en 5 mei maar beperkt beleidsmatig te sturen.

Prestatie-indicatoren					
Indicator	2005	2006	2007	2008	Streefwaarde 2012
(veel) belang aan 4 mei	80%	80%	82%	85%	80%
(veel) belang aan 5 mei	75%	77%	72%	79%	75%

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 essentieel is. In het kader van deze operationele doelstelling betekent het dat de in het verleden geformuleerde prioriteiten zullen worden gehandhaafd. Dat betreft met name:

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

Instrumenten

- Projecten jeugdvoorlichting

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 aan de Tweede Kamer van 11 juni 2007 is de stand van zaken met betrekking tot het voorlichtingsbeleid WO II geschetst. Er wordt jaarlijks € 1,2 miljoen ter beschikking gesteld voor projecten jeugdvoorlichting.

- Subsidies herinnering WO II

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 (€ 4,2 miljoen).

- Nationaal Comité 4 en 5 mei en Nationaal Vrijheidsonderzoek
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 2008 is te vinden op www.herdenkenenvieren.nl.

- Programma 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. Wij hebben in onze brief van 20 juni 2007 met bijgevoegde notitie het beleid inzake Erfgoed WO II beschreven (Kamerstukken Tweede Kamer, 2006–2007, 20 454 en 25 839, nr. 85). Voor subsidiëring komen projecten in aanmerking die zijn gericht op behoud, toegankelijkheid en publieksgerichte toepassing van bijzonder of kwetsbaar erfgoedmateriaal dat betrekking heeft op WO II. Op elk van deze drie terreinen komen de volgende materialen in aanmerking voor subsidie: voorwerpen, foto's, beeld- en geluidmateriaal, persoonlijke verzamelingen, drukwerk, archieven, monumenten, gedenktekens en persoonlijke getuigenissen. Aanvullend op het reguliere subsidiekader voor Erfgoed van de oorlog is in september 2007 een specifiek subsidiekader voor persoonlijke getuigenissen (oral history) geïntroduceerd onder de naam «Getuigen Verhalen». In totaal is voor het programma Erfgoed van de oorlog in 2009 € 7,1 miljoen beschikbaar.

Geraamde begrotingsuitgaven

Geraamde begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2009	2010	2011	2012	2013
Instellingssubsidies/Structurele subsidies	4 239	4 241	4 242	4 242	4 242
<i>Onder andere:</i>					
Nationaal Comité 4 en 5 mei	2 757	2 757	2 757	2 757	2 757
Projectsubsidies	7 171	5 090	3 234	3 234	3 234
<i>Onder andere:</i>					
Projecten jeugdvoorlichting	1 184	1 184	1 184	1 184	1 184
Projecten Erfgoed WO II	3 844	1 855	0	0	0
Opdrachten	3 087	503	0	0	0
Erfgoed van de oorlog	3 087	503	0	0	0
Totaal	14 497	9 834	7 476	7 476	7 476

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

47.4 Overzicht onderzoek naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid

Overzicht beleidsonderzoeken			
	Onderzoek Onderwerp	Nummer AD of OD	A Start B Afgerond
Overig evaluatieonderzoek	Programmacie. Voorlichting WOII	47.3.2	A december 2007 B september 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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplichtingen	265 215	390 165	302 316	292 130	286 147	279 559	280 617
Uitgaven	300 258	325 966	310 236	295 781	286 244	279 559	280 617
Programma-uitgaven	101 875	111 859	102 075	96 937	90 660	88 423	88 423
1 Beheer en toezicht stelsel	91 826	97 882	90 062	87 424	83 647	81 147	81 147
2 Internationale samenwerking	10 049	13 977	12 013	9 513	7 013	7 276	7 276
3 Verzameluitkering VWS	0	0	0	0	0	0	0
Apparaatsuitgaven	198 383	214 107	208 161	198 844	195 584	191 136	192 194
– Inspectie Gezondheidszorg	38 764	45 503	46 674	42 736	41 871	39 871	39 871
– Sociaal en Cultureel Planbureau	8 512	5 982	5 494	5 234	4 540	4 540	4 540
– Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	635	1 253	114	87	34	34	34
– Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	2 748	3 016	2 980	2 902	2 746	2 746	2 746
– Gezondheidsraad	5 149	4 620	3 470	3 294	2 943	2 943	2 943
– Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek	1 373	1 630	1 515	1 240	1 240	1 240	1 240
– Strategisch onderzoek RIVM	15 810	15 544	20 131	20 058	19 910	19 910	19 910
– Strategisch onderzoek NVI	8 628	9 169	8 162	8 148	8 121	8 121	8 121
– Inspectie Jeugdzorg	3 949	5 892	5 852	5 805	5 730	5 730	5 730
– Personeel en materieel kernministerie	112 815	121 498	113 769	109 340	108 449	106 001	107 059
Ontvangsten	9 976	3 380	4 080	4 080	4 080	4 080	4 080

Budgetflexibiliteit:

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2009	2010	2011	2012	2013
1 <i>Beheer en toezicht stelsel</i>	90 062	87 424	83 647	81 147	81 147
– Juridisch verplicht	90 062	0	0	0	0
– Bestuurlijk gebonden	0	87 424	83 647	81 147	81 147
– Niet verplicht of niet bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
2 <i>Internationale samenwerking</i>	12 013	9 513	7 013	7 276	7 276
– Juridisch verplicht	0	0	0	0	0
– Bestuurlijk gebonden	12 013	9 513	7 013	7 276	7 276
– Niet verplicht of niet bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
3 <i>Verzameluitkering VWS</i>	0	0	0	0	0
– Juridisch verplicht	0	0	0	0	0
– Bestuurlijk gebonden	0	0	0	0	0
– 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 de ZBO's voor het 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) en de Gezondheidsraad (GR). 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 drie 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 ZBO's: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College bouw zorginstellingen (CBZ) en het College sanering zorginstellingen (CSZ).

Jaarlijks vóór 1 oktober dienen bovengenoemde ZBO's een werkplan en begroting ter goedkeuring bij VWS in voor het daaropvolgende begrotingsjaar.

De NZa heeft tot taak:

- Vaststellen van tarieven van zorgaanbieders;
- Toezicht houden op:
 - de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de uitvoeringsorganen;
 - de goede werking van de Zorgverzekeringswet (Zvw);
 - zorgmarkten zowel die van zorgaanbieders als van verzekeraars in de curatieve en de langdurige zorg.

Het CVZ heeft tot taak het uitvoeren van:

- het pakketbeheer Zvw;
- het fondsbeheer van het zorgverzekeringsfonds en het algemeen fonds;
- het uitvoeren van de financiering van verzekeraars uit de fondsen;
- de centrale uitvoering verdragsgerechtigden (administratie, heffing en inning bijdrage van de verdragsbijdrage voor verdragsgerechtigden).

In onze brief aan de Tweede Kamer «Met Zorg Ondernemen» d.d. 18 juni 1997 hebben wij aangegeven dat het bouwregime voor de curatieve zorg per 1 januari 2008 zal worden afgeschaft. Dit is ook gebeurd. Per 1 januari 2009 wordt ook het bouwregime in de langdurige zorg afgeschaft. Dit betekent dat de wettelijke taken van het CBZ grotendeels vervallen. We zijn met TNO in gesprek om een deel van de taken van het CBZ bij TNO onder te brengen.

Het CSZ zal ook in de toekomst een rol houden in het ex-ante toezicht op het behoud van het vermogen in de zorg. De positie van het CSZ als ZBO zal tot aan de inwerkingtreding van de Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg worden gehandhaafd.

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 van 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 van 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 Verenigde Naties (specifiek de Wereldgezondheidsorganisatie, WHO), de Raad van Europa en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). We stimuleren contacten met een beperkt aantal voor VWS belangrijke landen en we behartigen de noodzakelijke reguliere contacten met de andere landen.

- **Financiële bijdrage aan de WHO**

VWS draagt in het kader van een strategisch partnerschap voor 2009 € 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, waaronder het voorkomen van hiv/aids onder druggebruikers in Oost-Europa**

In het kader van de bevordering van mondiale gezondheid werkt VWS 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 gezondheidszorgsystemen, infectieziekten, toegang tot essentiële medicijnen, intellectueel eigendom en sport en ontwikkelingssamenwerking. Wij (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 plaatsen en detacheren we een aantal medewerkers:
 - attachés in Brussel (EU), Washington, Parijs, Beijing en Genève;
 - een aantal detacheringen bij de Europese Commissie;
 - een aantal detacheringen 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 Verzameluitkering VWS

In de verzameluitkering VWS zijn voor 2009 nog geen specifieke uitkeringen opgenomen. In principe komen er twee regelingen voor in aanmerking, namelijk de breedtesport impuls en de regeling voor topsport-evenementen en -accommodaties. De breedtesport impuls wordt in 2008 afgewikkeld, de regeling voor topsportevenementen en -accommodaties betreft een algemene subsidieregeling. Incidenteel vindt er een uitkering aan een medeoverheid plaats in het kader van deze regeling. Deze subsidieverlening zal dan bij suppletore begroting in de verzameluitkering worden verantwoord.

98.3.4 Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ is een handhavingsorganisatie die toezicht houdt op de volksgezondheid en zorg en overtredingen van wet- en regelgeving opspoort. Zij opereert tussen politiek, professie en publiek. Zij is ván de staat en werkt aan veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg vóór burgers via 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 inspectie zich sterk voor een gerechtvaardigd vertrouwen van de zorgconsument in de kwaliteit van zorg. De IGZ hanteert de methodiek van het gefaseerd toezicht (GT). Met deze systematiek krijgt de inspectie onder andere aan de hand van prestatie-indicatoren informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. De IGZ maakt op basis daarvan een risico-inschatting en prioriteert haar toezicht.

Het doel van de IGZ is dat patiënt en cliënt met minder risico's en schade te maken krijgen en dat daardoor het vertrouwen in de zorg toeneemt. Patiëntveiligheid krijgt hierbij topprioriteit. De IGZ draagt vanuit het toezicht bij aan de doelstelling van de minister van VWS om de potentieel vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg te halveren. Met de veldpartijen in de ziekenhuiszorg is de IGZ de campagne «Voorkom schade, werk veilig» gestart. Ook in de care en in de eerstelijnszorg zetten de veldpartijen als eerstverantwoordelijken voor kwaliteit en veiligheid, mede op instigatie van de IGZ, vergelijkbare campagnes op om de patiëntveiligheid te vergroten (€ 2 miljoen; kabinetsdoelstelling 45a). In de campagneperiode gaat de IGZ de concrete resultaten van de zorgaanbieders in termen van vermindering van onbedoelde schade meten.

De inspectie heeft haar activiteiten ondergebracht in negen integrale inspectieprogramma's:

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

In haar meerjarenbeleidsplan (MJB) schetst de IGZ de speerpunten tot 2011. Het jaar 2009 is het tweede jaar uit de MJB-cyclus. Samenleving, bewindslieden en Tweede Kamer verwachten vaker en strenger optreden van de inspectie. De IGZ verandert daartoe van een traditionele toezicht-houder naar een moderne handhavingsorganisatie. In 2009 zet zij verdere stappen in die ontwikkeling. Met behulp van een handhavingskader opereert de inspectie transparant naar het veld. Daarnaast krijgt zij nadat de Wet Uitbreiding Handhavende Bevoegdheden Volksgezondheid van kracht is geworden de mogelijkheid bestuurlijke boetes en last onder dwangsom op te leggen, alsmede inzagerecht in patiëntendossiers. Vanuit de gedachte dat transparantie over geleverde zorgkwaliteit een hefboom is voor kwaliteitsverbetering in de zorginstellingen zet de IGZ in 2009 het project zorgbrede transparantie voort waarmee zij de regie voert over bestuurlijke- en uitvoeringstrajecten gericht op het realiseren van transparantie in de zorg.

Zorginhoudelijk legt de inspectie het komende jaar de nadruk op onder andere:

- psychiatrische problemen bij ouderen
- seksueel grensoverschrijdend gedrag
- grootschalige uitbraken infectieziekten
- medicatieoverdracht
- risicodetectie eerste lijn
- ontwikkelen methodiek ketenzorg
- bevorderen systematische aandacht voor preventie
- kindermishandeling.

Jaarlijks geeft de inspectie in de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) haar visie op een actueel thema dat de gezondheidszorg in de volle breedte raakt. In 2009 onderzoekt de IGZ hoe het staat met de kwaliteit van geleverde zorg en patiëntveiligheid bij allochtonen.

98.3.5 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 minister van VWS heeft het Werkprogramma 2009 vastgesteld volgens de in de instellingsbeschikking vastgelegde procedure en ter goedkeuring doorgestuurd aan het kabinet.

Kengetallen		
Output	Input	Kosten (x € 1000)
(uren wetenschappelijk onderzoek)		
1. Wetenschappelijk onderzoek (58 rapporten)	48 625 uur	4 749
2. Kennisverspreiding	5 699 uur	557
Totaal	54 324 uur	5 306

1. Toelichting Wetenschappelijk onderzoek:

Het onderzoeksprogramma van het Sociaal en Cultureel Planbureau staat in het teken van het ondersteunen van het beleid van de overheid, waar dat gericht is op het behoud en de verhoging van het welzijn en het welbevinden van de Nederlandse burger en samenleving.

Het Werkprogramma 2009 sluit aan op de zes pijlers van het Beleidsprogramma van het kabinet. Veel van de door het SCP in 2009 uit te voeren projecten vloeien voort uit eerder gemaakte afspraken of verkregen opdrachten. Het Sociaal en Cultureel Rapport verschijnt iedere twee jaar als verplichting die direct voortvloeit uit het KB van 1973 waarin de oprichting van het SCP geregeld is. In oneven jaren (dus ook in 2009) brengt het SCP «De sociale staat van Nederland» uit (een brede inventarisatie van de levensomstandigheden van de Nederlandse bevolking), in even jaren het meer thematische Sociaal en Cultureel Rapport. Er zijn langjarige afspraken over de opstelling van bijvoorbeeld het Jaarrapport Integratie, de Armoedemonitor, de monitor Discriminatie op de arbeidsmarkt op grond van etnische herkomst, de Emancipatiemonitor, De Sociale staat van het platteland, Het cultureel draagvlak en de ontwikkeling van ramingsmodellen voor de vraag naar jeugdzorg en langdurige zorg. Veel van het SCP-onderzoek is gebaseerd op door het CBS verzamelde en ter beschikking gestelde gegevens. Daarnaast laat het SCP zelf ook enkele grote surveys uitvoeren: het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (gebruik van voorzieningen in de publieke sector), de Survey Integratie Minderheden, het Tijdsbestedingsonderzoek en het onderzoek Culturele Veranderingen (opvattingen en houdingen). In 2009 komen nieuwe gegevens van het laatste onderzoek beschikbaar. Ook in 2009 zal het SCP ten behoeve van het kabinet rapporteren over de uitkomsten van het in 2008 gestarte onderzoek naar zorgen en maatschappelijke kwesties die leven in de bevolking en van belang zijn voor de politiek (Continu Onderzoek Burgerperspectieven).

2. Toelichting Kennisverspreiding:

Vele SCP-medewerkers hebben contacten met of maken deel uit van voor het SCP relevante wetenschappelijke of maatschappelijke organisaties, of hebben vanwege hun SCP-werk of -expertise een adviserende rol in allerlei gremia. Kennisverspreiding via publicaties of presentaties zijn een belangrijk onderdeel van het werk.

Een kerntaak van het SCP is het adviseren van departementen en andere overheidsinstanties op basis van de beschikbare kennis en inzichten. De

positionering van het bureau binnen de rijksoverheid maakt het mogelijk deel te nemen aan het commissie- en advieswerk binnen de overheid (onderraden en voorportalen). Afgezien van deze vorm van indirecte advisering brengt het bureau ook met regelmaat adviezen uit aan (beleidsdirecties van) departementen. Deze advisering kan zeer uiteenlopend van karakter zijn, bijvoorbeeld via participatie in de kenniskamers van verschillende ministeries.

98.3.6 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 het door het kabinet vastgestelde werkprogramma. Het werkprogramma voor 2009 is nog niet vastgesteld en is mede afhankelijk van de uitkomst van de herziening van het adviesstelsel.

98.3.7 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Het adviesdomein van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is de curatieve zorg, de langdurige zorg, de publieke gezondheid en de maatschappelijke ondersteuning. Het kabinet stelt in de zomer van 2008 het definitieve werkprogramma 2009 van de RVZ vast. Thema's in het werkprogramma voor 2009 zijn:

- Nieuwste ordeningen in de zorg
- Publieke financiering
- Intersectorale zorg voor het kind
- Introductie nieuwe technologie in de zorgsector.

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 signaleringen over ethische thema's. De volgende onderwerpen staan voor 2009 op de agenda:

- Ethiek op de werkvloer van verplegenden en verzorgenden
- Public health ethiek en mondiale milieuveranderingen
- Zorg op afstand.

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.

98.3.8 Gezondheidsraad (GR)

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan. De raad heeft als taak de regering en het parlement «voor te lichten over de stand van wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid» (art. 22 Gezondheidswet). Van preventie, maatschappelijke gezondheidszorg, patiëntenzorg en gezondheid gekoppeld aan voeding, milieu en arbeidsomstandigheden tot en met de ethische en gezondheidsrechtelijke vraagstukken die daaraan verbonden zijn. De raad brengt gevraagd en ongevraagd adviezen uit.

De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) had als een van de sectorraden de taak te adviseren over vraagstukken op het gebied van gezondheidsonderzoek, zorgonderzoek, medische technologie en de bijbehorende infrastructurele voorzieningen. Met ingang van de intrekking van de Raamwet sectorraden onderzoek en ontwikkeling per 1 februari 2008, is de RGO met behoud van naam, samenstelling en taken als raadscommissie ondergebracht bij de Gezondheidsraad.

98.3.9 Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO)

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.

98.3.10 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.

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.

Een nieuwe vierjaarscyclus met speerpunten is in 2007 gestart. De speerpunten dekken de kennisdomeinen waarop het RIVM zijn kennis en kunde intact moet houden of moet vernieuwen. Het gaat in totaal om circa 60 projecten die jaarlijks worden geëvalueerd, en door de Commissie van Toezicht worden gevolgd om de kennispositie van het instituut te garanderen.

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 is gebundeld in het Strategisch Vaccin Onderzoek Programma (SVOP).

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 onderzoeksmetho-

den, 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. In het licht van de betekenis van het strategisch onderzoek voor de toekomstige kennispositie van het NVI is het budget voor het strategisch onderzoek belegd bij de secretaris-generaal van VWS, als «eigenaar» van de baten-lastendienst NVI.

Het SVOP wordt jaarlijks vastgesteld. De wetenschappelijk directeur wordt hierbij geadviseerd door een commissie, de SVOP Commissie. Deze bestaat uit een aantal interne en externe leden met expertise op onderzoeksgebied van vaccins en vaccinaties. De SVOP Commissie zal de projectplannen voor 2009 beoordelen op wetenschappelijk inhoudelijke gronden. Daarna zal het concept SVOP 2009 nog voor beoordeling worden voorgelegd aan de Raad van Advies die ten slotte een advies hierover zal uitbrengen aan de Eigenaar. De Eigenaar stelt het SVOP vervolgens vast.

98.3.12 Inspectie Jeugdzorg (IJZ)

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. Vanuit het begrotingsdeel van dit niet-beleidsartikel vinden overboekingen van loon- en prijsbijstelling naar de loon- en prijsgevoelige artikelen binnen de begroting plaats. Een deel van de loonbijstelling moet nog worden toegedeeld. Ook worden er taakstellingen of extra middelen op dit artikel geplaatst die nog niet aan de beleidsartikelen zijn toegedeeld.

99.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begrotingsuitgaven

Begrotingsbedragen x € 1 000

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplichtingen	0	- 89 260	- 36 373	- 38 933	- 40 347	- 9 674	- 7 314
Uitgaven	0	- 37 528	- 38 055	- 40 073	- 41 597	- 9 699	- 7 314
1 – Loonbijstelling	0	3 284	3 874	2 876	2 962	3 014	4 031
2 – Prijsbijstelling	0	0	0	0	0	0	2 987
3 – Onvoorzien	0	1 486	2 019	2 895	5 431	41 111	39 492
4 – Taakstelling	0	- 42 298	- 43 948	- 45 844	- 49 990	- 53 824	- 53 824

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 2009 en latere jaren. Daarnaast zijn er bedragen gereserveerd voor bouw en is de autonome volumegroei geëxtrapoleerd tot het jaar 2013.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nominaal en onvoorzien	45,6	93,0	1 964,7	3 564,7	5 220,9	9 204,2	13 472,7
Totaal	45,6	93,0	1 964,7	3 564,7	5 220,9	9 204,2	13 472,7

Bron: VWS

BATEN-LASTEN DIENSTEN

1. Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (aCBG)

1.1 Inleiding

Het aCBG voert werkzaamheden uit voor een drietal opdrachtgevers:

- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit

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 9, lid 1, van de Geneesmiddelenwet. Deze taken bestaan uit de beoordeling, de registratie en de bewaking van humane geneesmiddelen in zowel nationaal als internationaal verband. Bij het inzetten van de expertise staat het belang van de geneesmiddelengebruiker centraal. Het College dient geneesmiddelen te beoordelen op louter wetenschappelijke gronden, zonder rekening te houden met politieke en economische gronden. Bij de beoordeling staan de kwaliteit en de werkzaamheid van het geneesmiddel – en de mogelijke schadelijkheid – voor de gezondheid van de geneesmiddelengebruiker centraal. Het agentschap verricht zijn werkzaamheden in nauw overleg met zijn wettelijke opdrachtgever.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

Het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen (BNV) maakt formeel per 1 januari 2005 deel uit van het aCBG. Het BNV ondersteunt de Minister van VWS bij de beoordeling van voedingsmiddelen met een gezondheidsclaim. Een nieuw voedingsmiddel is een voedingsmiddel of voedsel ingrediënt dat vóór 15 mei 1997 niet in significante mate in Europa werd geconsumeerd. Een aanvraag moet worden ingediend bij de bevoegde autoriteit van één van de Europese lidstaten en moet tegelijkertijd worden aangemeld bij de Europese Commissie. In Nederland is de bevoegde autoriteit het ministerie van VWS. De minister vraagt het Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen van het aCBG 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.

1.2 Begroting van baten en lasten

Tabel 1.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Baten							
Opbrengst moederdepartement	225	225	180	180	180	180	180
Opbrengst overige departementen	597	300	500	500	500	500	500
Opbrengst derden	27 620	32 798	37 068	37 624	40 000	40 000	40 000
Rentebaten	251	200	400	400	400	400	400
Bijzondere baten	961	–	–	–	–	–	–
Totaal baten	29 654	33 523	38 148	38 704	41 080	41 080	41 080
Lasten							
Apparaatskosten	27 781	32 239	35 864	35 515	38 402	38 402	38 402
– <i>Personele kosten</i>	14 372	16 157	18 128	18 491	19 953	19 953	19 953
– <i>Materiële kosten</i>	13 409	16 082	17 736	17 024	18 449	18 449	18 449
ZBO College	486	580	580	592	606	606	606
Afschrijvingskosten	958	704	1 704	1 738	1 782	1 782	1 782
– <i>Materieel</i>	487	704	704	738	782	782	782
– <i>Immaterieel</i>	471	0	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Bijzondere lasten	1 128	–	–	–	–	–	–
Totaal lasten	30 353	33 523	38 148	37 845	40 790	40 790	40 790
Saldo van baten en lasten	– 699	0	0	859	290	290	290

Toelichting op de begroting van baten en lasten

De bedragen 2007 betreffen de gerealiseerde baten en lasten volgens de jaarrekening over 2007. De bedragen 2008 betreffen de begroting 2008. De bedragen 2009 zijn gebaseerd op de realisatie 2007, begroting 2008 en verwachtingen voor de komende jaren.

Toelichting baten*Opbrengst moederdepartement*

Het aCBG ontvangt een bedrag van € 180 000 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 € 500 000.

Opbrengst derden

Tabel 1.2: Verdeling opbrengst derden (bedragen x € 1 000)	
	2009
Beoordelen van nationale aanvragen	4 000
Beoordelen van Europese aanvragen: centraal	3 400
Beoordelen van Europese aanvragen: MRP	3 200
Beoordelen DCP's	12 000
Beoordelen van homeopathische aanvragen, kruiden, nieuwe voedingsmiddelen	162
Jaarvergoedingen	11 045
Bureau Diergeneesmiddelen (excl. beleidsondersteuning)	3 261
Totaal	37 068

Toelichting:

Het aCBG verwacht voor 2009 in navolging van de productiegroei van voorgaande jaren een substantiële groei. Deze groei zal zich naar verwachting voortzetten tot 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.

- *Beoordelen van nationale aanvragen*
Het beoordelingsproces van een nationale aanvraag betreft de aanvraag van een handelsvergunning voor een nieuw op de Nederlandse markt te brengen geneesmiddel. De handelsvergunning wordt door het CBG afgegeven. Het betreffende geneesmiddel komt alleen in Nederland op de markt.
- *Beoordelen van Europese aanvragen: centraal*
Om een Europese handelsvergunning voor een geneesmiddel van de Europese Commissie toegekend te krijgen, moet de fabrikant de centrale procedure volgen. De fabrikant kan dan een handelsvergunning krijgen die in alle EU-lidstaten geldig is. De coördinatie van de centrale procedure berust bij het Europese geneesmiddelen agentschap (EMA).
- *Beoordelen van Europese aanvragen: MRP (Mutual Recognition Procedure)*
In een MRP-procedure heeft een andere EU-lidstaat een handelsvergunning verleend. Het CBG beoordeelt of deze geneesmiddelen, op basis van het beoordelingsrapport van de andere lidstaat, toegelaten kunnen worden op de Nederlandse markt.
- *Beoordelen DCP's (Decentrale Procedures)*
Een Decentrale Procedure kan door de fabrikant worden gebruikt om een handelsvergunning in meerdere lidstaten te verkrijgen als nog in geen enkel land een handelsvergunning is verkregen. De fabrikant kan een EU-lidstaat vragen om het beoordelingsproces te verrichten. Deze lidstaat wordt dan Referentieland (RMS). Na het beoordelingsproces starten de overige lidstaten een MRP-procedure.

Baten-lasten diensten

- *Beoordeling van homeopatische aanvragen, kruiden en nieuwe voedingsmiddelen*
Het CBG verricht beoordelingswerkzaamheden voor homeopatische geneesmiddelen, kruiden en nieuwe voedingsmiddelen. Nieuwe voedingsmiddelen zijn voedingsmiddelen of voedselingredienten die vóór 15 mei 1997 niet in significante mate in de Europese gemeenschap voor de menselijke voeding zijn gebruikt.
- *Jaarvergoedingen*
Voor het op de markt brengen van een geneesmiddel moet door de registratiehouder jaarlijks een vergoeding worden betaald. Voor 2009 is € 10,5 miljoen begroot voor allopatisch geregistreerde geneesmiddelen. Jaarvergoedingen van de EMEA (European Medicines Agency) voor Europees geregistreerde geneesmiddelen die het aCBG voor EMEA heeft beoordeeld zijn begroot op € 0,5 miljoen.
- *Bureau Diergeneesmiddelen*
Het Bureau Diergeneesmiddelen beoordeelt en verleent vergunningen voor de productie en distributie van diergeneesmiddelen.

De tarieven zijn gebaseerd op het Besluit registratie geneesmiddelen (BRG) en het Besluit vergoedingen wet op de geneesmiddelenvoorziening. De tarieven zijn kostendekkend vastgesteld.

Rentebaten

Het aCBG ontvangt rentebaten over de ter beschikking staande middelen tegen het rentepercentage dat door de Rijkshoofdboekhouding (RHB) op de rekening-courant wordt vergoed.

Toelichting lasten

Personele kosten

Tabel 1.3: Personele kosten (bedragen x € 1 000)	
	2009
Kosten ambtelijk personeel (actief en niet-actief)	13 958
Aantal fte's ambtelijk personeel o.b.v. verwachte gemiddelde bezetting	215
Gemiddelde kosten per fte (in €)	64 921
Kosten van externe inhuur	4 170

Materiële kosten

Tabel 1.4: Materiële kosten (bedragen x € 1 000)	
	2009
Huisvesting	3 722
RIVM	6 000
Overig	8 014
Totaal	17 736

Baten-lasten diensten

- *Huisvesting*
Voor een vijftal locaties zijn langlopende huurcontracten afgesloten.
- *RIVM*
In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.
- *Overige kosten*
De kosten voor de afdeling Geneesmiddelenbewaking (farmacovigilantie) worden begroot op € 5,3 miljoen. Hierin is begrepen een bedrag van € 1,9 miljoen voor de stichting LAREB. Deze stichting is belast met het opzetten en bijhouden van een meldingssysteem van (vermoede) bijwerkingen van geneesmiddelen die in Nederland in de handel zijn. Het aCBG is op zoek naar nieuwe huisvesting. Die zal naar verwachting in 2009 worden gerealiseerd. Hiervoor is een bedrag opgenomen van € 1,5 miljoen.

ZBO College

De kosten van het ZBO College hebben betrekking op salariskosten, presentiegelden en vergaderkosten.

Afschrijvingskosten

Tabel 1.5: Afschrijvingen		
	Afschrijvings- termijn	Afschrijving in 2009 (bedragen x € 1 000)
Meubilair	5 – 10 jaar	148
Kantoorapparaten	7 jaar	6
Automatiseringsapparatuur	3 jaar	550
Software	3 jaar	1 000
Totaal		1 704

1.3 Kasstroomoverzicht

Tabel 1.6: Kasstroomoverzicht 2009 (bedragen x € 1000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. Rekening-courant RHB 1 januari	11 632	13 520	12 724	11 928	14 326	16 198	18 070
2. Totaal operationele kasstroom	3 941	704	1 704	2 598	2 072	2 072	2 072
3a Totaal investeringen	- 2 053	- 1 500	- 2 500	- 200	- 200	- 200	- 200
3b Totaal boekwaarde desinvesteringen	-	-	-	-	-	-	-
3. Totaal investeringskasstroom	- 2 053	- 1 500	- 2 500	- 200	- 200	- 200	- 200
4a Eenmalige uitkering aan moeder-departement	-	-	-	-	-	-	-
4b Eenmalige storting door moeder-departement	-	-	-	-	-	-	-
4c Aflossingen op leningen	-	-	-	-	-	-	-
4d Beroep op leenfaciliteit	-	-	-	-	-	-	-
4. Totaal financieringskasstroom	-	-	-	-	-	-	-
5. Rekening-courant RHB 31 december (=1+2+3+4)	13 520	12 724	11 928	14 326	16 198	18 070	19 942

Toelichting op het kasstroomoverzicht

Investeringen zijn met name uitbreiding en verbetering van het nieuwe workflowmanagement systeem (ICI). Bij een eventuele verhuizing van het aCBG kan sprake zijn van een substantiële aanspraak op de liquiditeit.

1.4 Doelmatigheid

Het aCBG zal gebruikmaken van de volgende *key performance indicators* om doelmatigheid aan te tonen en/of te toetsen. De gerealiseerde waarden zullen in het jaarverslag 2008 worden afgezet tegen begrote waarden dan wel normen:

- Aantal zaken per fte om de efficiency van de productie inzichtelijk te maken.
- Uurtarieven om de kostenefficiency aan te tonen: deze indicator zal een gemiddelde zijn over alle functies waarbij naar het primaire proces exclusief onderzoekskosten gekeken zal worden.
 - Werkelijk gemiddeld uurtarief jaar 2007 € 90
 - Begroot gemiddeld uurtarief jaar 2008 € 91
 - Begroot gemiddeld uurtarief jaar 2009 € 97
- Aantal en aard van klachten om inzicht te krijgen in de geleverde kwaliteit van de productie.

De stijging van het begroot gemiddeld uurtarief voor het jaar 2009 ten opzichte van het begroot gemiddeld uurtarief voor het jaar 2008 wordt voornamelijk veroorzaakt door hogere afschrijvingslasten van immateriële vaste activa en extra kosten in verband met de verwachte verhuizing in 2009.

2. Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG)

2.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2003 is het CIBG een baten-lastendienst. De organisatie bestaat uit een centrale organisatie en negen uitvoerende eenheden. De kerntaken van het CIBG ten behoeve van zorgaanbieders, burgers en bedrijven zijn:

- registreren, beheren, genereren, beoordelen en verstrekken van vertrouwelijke (zorg)gegevens die leiden tot besluiten, beschikkingen en vergunningen;
- hoogwaardig ondersteunen van onafhankelijke commissies en colleges;
- verstrekken van informatie over en begeleiden bij implementatie van CIBG-producten.

2.2 Begroting van baten en lasten

Tabel 2.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x € 1000)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Baten							
Opbrengst moederdepartement	24 642	22 968	26 556	26 363	26 363	26 363	26 363
Opbrengst derden	2 689	2 581	2 581	2 581	2 581	2 581	2 581
Rentebaten	177	10	10	10	10	10	10
Bijzondere baten	108	–	–	–	–	–	–
Totaal baten	27 616	25 559	29 147	28 954	28 954	28 954	28 954
Lasten							
Apparaatskosten	26 517	24 291	27 828	27 670	27 670	27 670	27 670
– <i>Personele kosten</i>	11 551	11 544	17 604	17 604	17 604	17 604	17 604
– <i>Materiële kosten</i>	14 966	12 747	10 224	10 066	10 066	10 066	10 066
Rentelasten	94	76	76	59	43	44	44
Afschrijvingskosten	754	1 142	1 213	1 213	1 041	778	778
– <i>Materieel</i>	274	400	228	228	228	228	228
– <i>Immaterieel</i>	480	742	985	985	813	550	550
Bijzondere lasten	636	–	–	–	–	–	–
Totaal lasten	28 001	25 509	29 117	28 942	28 754	28 492	28 492
Saldo van baten en lasten	– 385	50	30	12	200	462	462

Toelichting op de begroting van baten en lasten

De stijging van de baten en lasten ten opzichte van 2008 wordt veroorzaakt door de toevoeging van twee nieuwe taken: de Landelijke Verwijsindex Risicjongeren en de subsidieverstrekking aan Patiënten-, Gehandicapten- en Ouderenorganisaties (voorheen Fonds PGO).

De bedragen 2007 betreffen de gerealiseerde baten en lasten volgens de jaarrekening over 2007. De realisatie 2007 is hoger dan de ontwerp-begroting 2008 o.a. op grond van incidentele exploitatiebijdragen ten behoeve van projecten bij het Donorregister («doelgroepenaanschrijving» en «gemeenten en donorregistratie») en ICT-investeringen bij Farmatec als gevolg van de nieuwe Geneesmiddelenwet. De bedragen 2008 betreffen de stand ontwerp-begroting 2008.

Baten-lasten diensten

De stijging van de personele kosten is het gevolg van een verschuiving van de kosten van inhuur externen van de materiële kosten naar de personeelskosten in 2009.

Toelichting baten

Opbrengst moederdepartement

De baten worden gevormd door de opdrachten voor de uitvoering van de in de inleiding genoemde kerntaken.

Tabel 2.2: Opbrengst opdrachtgevers VWS (bedragen x € 1000)	
	2009
RIBIZ (Registratie en Informatie Beroepen In de Zorg)	3 312
Farmatec (Farmacie en Medische Technologie)	1 109
BMC (Bureau Medicinale Cannabis)	130
Donorregister	3 699
Tuchtcolleges	3 885
UZI-register (Unieke Zorgverleners Identificatie)	4 300
SBVZ (Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg)	4 229
Regionale Toetsingcommissies Euthanasie	1 057
Deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging pasgeborenen	82
Register van Donoren Kunstmatige Bevruchting	98
Databank Maatschappelijke Verantwoording	300
Toelating Zorginstellingen	1 918
Landelijke Verwijsindex Risicjongeren	447
Patiënten-, Gehandicapten- en Ouderenorganisaties	2 000
Totaal	26 556

Toelichting:

In 2009 zal het CIBG mogelijk verder 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 2009 opgenomen, maar worden onderstaand als PM vermeld:

- VWS Informatie Adressen
- Inspectietaken; medische technologie en opiaten

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;
- examengelden assessment;
- verleende vergunningen en verloven (Farmatec);
- registratieheffing bij inschrijving Stichting Kwaliteitsregister Paramedici;
- verkoop van medicinale cannabis (BMC).

Baten-lasten diensten

Tabel 2.3: Opbrengst derden (bedragen x € 1000)	
	2009
RIBIZ/BIG-register	880
RIBIZ/Assessment	150
Farmatec	1 250
Kwaliteitsregister paramedici	35
BMC	266
Totaal	2 581

Rentebaten

Het positieve saldo op de rekening-courant genereert rentebaten. Het gemiddelde rentepercentage bedraagt 2,6%.

Toelichting lasten

Personele kosten

Tabel 2.4: Personele kosten (bedragen x € 1000)	
	2009
Kosten ambtelijk personeel (actief en niet-actief)	12 944
Aantal fte's ambtelijk personeel o.b.v. verwachte bezetting	230
Gemiddelde kosten per fte (in €)	56 278
Kosten van externe inhuur	4 660

Het aandeel inhuur derden is bij het CIBG relatief hoog in verband met de uitbesteding van delen van het beheer en onderhoud op ICT-systemen en ten behoeve van de voor VWS uit te voeren taken zoals UZI-register, SBVZ en Donorregister.

Materiële kosten

De materiële kosten bestaan uit algemene materiële kosten en huisvestingskosten (€ 2 miljoen). De algemene materiële kosten bestaan onder andere uit: bureaunkosten, exploitatie automatisering, drukwerk en voorlichting, porto- en telefoonkosten, vacatiegelden, reiskosten.

Rentelasten

De rentelasten bestaan uit de verschuldigde rente op de initiële en investeringsleningen bij het ministerie van Financiën. Het gemiddelde rentepercentage bedraagt 3,7%.

Afschrijvingskosten

Tabel 2.5: Afschrijvingen		
	Afschrijvings- termijn	Afschrijving in 2009 (bedragen x € 1 000)
Inventaris	10 jaar	103
Automatisering	3 jaar	100
Overige	5 jaar	25
Immaterieel	5 jaar	985
Totaal		1 213

2.3 Kasstroomoverzicht

Tabel 2.6: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. Rekening-courant RHB 1 januari	5 156	10 846	2 903	2 986	3 010	3 035	2 521
2. Totaal operationele kasstroom	6 684	- 6 819	1 198	1 239	1 240	1 241	1 240
3a Totaal investeringen	- 2 067	- 270	- 1 225	- 225	- 225	- 1 225	- 225
3b Totaal boekwaarde desinvesteringen	-	-	-	-	-	-	-
3. Totaal investeringskasstroom	- 2 067	- 270	- 1 225	- 225	- 225	- 1 225	- 225
4a Eenmalige uitkering aan moeder- departement	-	-	-	-	-	-	-
4b Eenmalige storting door moeder- departement	-	-	-	-	-	-	-
4c Aflossingen op leningen	- 577	- 854	- 890	- 990	- 990	- 530	- 200
4d Beroep op leenfaciliteit	1 650	-	1 000	-	-	-	-
4. Totaal financieringskasstroom	1 073	- 854	110	- 990	- 990	- 530	- 200
5. Rekening-courant RHB 31 december (=1+2+3+4)	10 846	2 903	2 986	3 010	3 035	2 521	3 336

Toelichting op het kasstroomoverzicht

De investering in 2009 betreft de (her)bouw van een registratiesysteem (notificatie) voor medische hulpmiddelen (Immateriële activa).

2.4 Doelmatigheid

In de tariefafspraken is een efficiencykorting van 2% verdisconteerd. In de jaarverantwoording zal het daadwerkelijk gerealiseerde resultaat daarvan kenbaar worden gemaakt. Daarnaast zullen resultaten van de afgesproken kwantitatieve en kwalitatieve prestatie-indicatoren (o.a. doorlooptijden, aantal klachten en bezwaarschriften, bereikbaarheid en downtime systemen) in relatie tot het vorige boekjaar worden opgenomen.

Overzicht verloop kostprijzen van enkele producten in de periode 2005–2008

Tabel 2.7: Verloop kostprijzen (in euro's)				
	2005	2006	2007	2008
RIBIZ				
Beschikking BIG-register	79,60	70,00	80,26	50,00
Aandeel VWS	43,95	35,40	24,64	50,00
Vakbekwaamheidsverklaring	1 757,51	1 710,00	2 122,01	2 272,00
RTE				
Oordeel	404,45	404,00	500,00	499,00
Donorregister				
Registreren wilsbeschikkingen	11,62	10,20	7,72	8,40
Farmatec				
Vergunningen, verloven en ontheffingen	142,65	140,00	142,15	1 357,00

Toelichting:

De kostprijsontwikkelingen in bovenstaande tabel zijn naast doelmatigheidsmaatregelen beïnvloed door onder andere gewijzigde productsamenstellingen, vernieuwde automatiseringssystemen en nieuwe wetgeving.

3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

3.1 Inleiding

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 zijn de landelijke en regionale eenheden (entadministraties) per 1 januari 2008 ondergebracht in het RIVM. De hiermee samenhangende apparaats- en programmakosten zijn vanaf 2008 in de RIVM-begroting opgenomen.

3.2 Begroting van baten en lasten

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Baten							
Opbrengst moederdepartement	92 061	105 247	106 392	104 527	102 699	102 699	102 699
– Eigenaar	12 779	10 096	13 144	13 144	13 144	13 144	13 144
– Opdrachtgevers	79 282	95 151	93 248	91 383	89 555	89 555	89 555
Opbrengst overige departementen	48 918	51 616	46 862	45 990	45 136	45 136	45 136
– VROM	42 816	48 344	43 587	42 715	41 861	41 861	41 861
– LNV	1 737	647	650	650	650	650	650
– Overige departementen	4 365	2 625	2 625	2 625	2 625	2 625	2 625
Opbrengst derden	55 975	163 101	166 363	169 690	169 600	169 600	169 600
Rentebaten	2 437	2 000	1 461	1 461	1 461	1 461	1 461
Vrijval voorzieningen	527	1 885	–	–	–	–	–
Totaal baten	199 918	323 849	321 078	321 668	318 896	318 896	318 896
Lasten							
Apparaatskosten	190 556	318 670	317 062	317 652	314 880	314 880	314 880
– Personele kosten	99 427	101 825	102 792	101 722	99 581	99 581	99 581
– Materiële kosten	91 129	216 845	214 270	215 930	215 299	215 299	215 299
Rentelasten	308	364	213	213	213	213	213
Afschrijvingskosten	3 555	4 310	3 803	3 803	3 803	3 803	3 803
– Materieel	3 057	3 846	3 056	3 056	3 056	3 056	3 056
– Immaterieel	498	464	747	747	747	747	747
Dotaties voorzieningen	3 571	128	–	–	–	–	–
Totaal lasten	197 990	323 472	321 078	321 668	318 896	318 896	318 896
Saldo van baten en lasten	1 928	377	0	0	0	0	0

Toelichting op de begroting van baten en lasten

De bedragen 2007 betreffen de gerealiseerde baten en lasten volgens de jaarrekening over 2007. De bedragen 2008 betreffen het vermoedelijk beloop. De forse toename van de totale baten en totale lasten vanaf 2008 hangt samen met de opname van de voormalige regionale entadministraties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma binnen het RIVM vanaf 1 januari 2008.

De omzetbedragen voor 2009 e.v. voor de primaire opdrachtgevers (VWS-eigenaar, VWS-opdrachtgevers, VROM en LNV) zijn ramingen op grond van de gerealiseerde omzetten in de afgelopen jaren en thans bekende ontwikkelingen in de komende jaren. De overige omzetbedragen zijn gebaseerd op lopende en naar verwachting nog aan te gane contracten met overige opdrachtgevers.

In deze begroting zijn verwerkt de taakstellingen 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.

Toelichting baten

Opbrengst moederdepartement

De geraamde baten van VWS-eigenaar worden begroot op artikel 98 van de begroting van VWS. 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 € 11,7 miljoen structureel vanaf het jaar 2014. Dit bedrag is in de meerjarenramingen als volgt opgenomen:

- vanaf 2004 structureel € 3,619 miljoen per jaar;
- vanaf 2009 nogmaals structureel € 4,019 miljoen per jaar;
- vanaf 2014 nogmaals structureel € 4,019 miljoen per jaar.

De geraamde baten van VWS-opdrachtgevers betreffen inkomsten die het RIVM op grond van ervaring en thans bekende ontwikkelingen verwacht te verkrijgen door opdrachtverlening door de beleidsdirecties van VWS, de IGZ en de 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 artikel 41 Volksgezondheid en voor wat betreft de IGZ op artikel 98 Algemeen van de begroting van VWS.

Opbrengst overige departementen

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.

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

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). De stijging t.o.v. 2007 hangt samen met de komst van de voormalige regionale entadministraties.

Baten-lasten diensten

Rentebaten

Het positieve saldo op de rekening-courant en op deposito staande bedragen genereren de rentebaten.

Toelichting lasten

Personele kosten

Tabel 3.2: Personele kosten (bedragen x € 1 000)	
	2009
Kosten ambtelijk personeel (actief en niet-actief)	87 080
Aantal fte's ambtelijk personeel o.b.v. verwachte gemiddelde bezetting	1 403
Gemiddelde kosten per fte (in €)	62 067
Kosten van externe inhuur	15 712

Materiële kosten

Tabel 3.3: Materiële kosten (bedragen x € 1 000)	
	2009
Laboratorium en facilitaire kosten	47 270
Uitbesteed en ingekocht onderzoek en advies	34 700
Uitvoeringskosten Rijksvaccinatieprogramma	112 500
Huurkosten huisvesting	19 800
Totaal	214 270

Rentelasten

De rentelasten worden veroorzaakt door de investeringen in activa. Het interne rentepercentage is 3,35%.

Afschrijvingskosten

De afschrijvingskosten voor 2009 omvatten de kosten van afschrijvingen op de per balansdatum 31 december 2007 aanwezige activa, vermeerderd met de kosten van afschrijvingen op de in 2008 en 2009 aan te schaffen activa. De afschrijvingen zijn bepaald op basis van de in tabel 3.4 vermelde afschrijvingstermijnen.

Tabel 3.4: Afschrijvingen (bedragen x € 1 000)		
	Afschrijvings- termijn	Afschrijving in 2009 (bedragen x € 1 000)
Software en licenties (immateriële activa)	3 jaar	747
Gebouwinstallaties en infrastructuur	5 jaar	600
Laboratoriumapparatuur	5 jaar	1 423
Vervoermiddelen	4 jaar	154
IT + audiovisuele apparatuur	3 jaar	847
Facilitaire apparatuur	3 jaar	32
Totaal		3 803

3.3 Kasstroomoverzicht

Tabel 3.5: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. Rekening-courant RHB 1 januari	67 061	70 622	78 482	76 762	75 388	74 389	73 390
2. Totaal operationele kasstroom	7 974	11 706	2 083	2 429	2 804	2 804	2 804
3a. Totaal investeringen	- 5 081	- 3 846	- 3 803	- 3 803	- 3 803	- 3 803	- 3 803
3b. Totaal boekwaarde desinvesteringen	668	-	-	-	-	-	-
3. Totaal investeringskasstroom	- 4 413	- 3 846	- 3 803	- 3 803	- 3 803	- 3 803	- 3 803
4a. Eenmalige uitkering aan moeder-departement	-	-	-	-	-	-	-
4b. Eenmalige storting door moeder-departement	-	-	-	-	-	-	-
4c. Aflossing op leningen	-	-	-	-	-	-	-
4d. Beroep op leenfaciliteit	-	-	-	-	-	-	-
4. Totaal financieringskasstroom	-	-	-	-	-	-	-
5. Rekening-courant RHB 31 december (= 1+2+3+4)	70 622	78 482	76 762	75 388	74 389	73 390	72 391

Toelichting op het kasstroomoverzicht

De totale operationele kasstroom ad € 2,1 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 € 3,8 miljoen.

3.4 Doelmatigheid

Doelstelling bij de instelling als baten-lastendienst is geweest dat het RIVM door resultaatgericht management aantoonbaar doelmatiger gaat werken. Doelmatigheid heeft betrekking op het verband tussen de ingezette middelen en de door de dienst geleverde hoeveelheid producten en diensten. Het gaat om de verhouding tussen prijs en kwaliteit.

Baten-lasten diensten

Indicator voor de efficiency is het gewogen uurtarief. De uurtarieven worden jaarlijks door de eigenaar vastgesteld. De hoogte van de tarieven wordt bepaald door onder meer de ontwikkeling van de loonkosten, de materiële kosten (waaronder de huren die de RGD in rekening brengt) en het aantal te declareren uren per medewerker.

Tabel 3.6: Ontwikkeling doelmatigheid bedrijfsvoering RIVM

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Uurtarief							
Gewogen uurtarief in euro's	108,94	107,20	106,10	103,90	103,90	105,15	106,60
Ontwikkeling uurtarief (2003 = 100)	100,0	98,4	97,4	95,4	95,4	96,5	98,1
Taakstellingen (verwerkt in uurtarief)							
Efficiencytaakstelling Balkenende I in %	–	– 2%	– 1%	– 1%	–	–	–
Aanvullende efficiencytaakstelling Balkenende II in %	–	– 1%	– 1%	– 1%	– 2%	–	–
Efficiencytaakstelling Balkenende IV in %	–	–	–	–	–	– 2%	– 2%
Exploitatieresultaat (bedragen x € 1 000)	n.v.t.	0	4 721	122	1 928		

NB: Het RIVM is sinds 2004 een baten-lastendienst

De stijging van 2008 ten opzichte van 2007 hangt samen met de stijgende personele kosten op grond van het CAO-akkoord Rijk 2007. De stijging van 2009 ten opzichte van 2008 volgt uit het CAO-akkoord Rijk 2007 en de stijging van de materiële kosten.

4. Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

4.1 Inleiding

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 Nederlandse Vaccin Voorziening (NVV);
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 VWS.

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.

Over de uitkomsten van de strategische herbezinning op de toekomst van het NVI wordt de Tweede Kamer nog nader geïnformeerd.

4.2 Begroting van baten en lasten

Tabel 4.1: Begroting van baten en lasten (bedragen x€ 1 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Baten							
Opbrengst moederdepartement	45 912	38 300	36 871	35 770	30 991	30 991	30 991
Opbrengst derden	93 432	107 500	125 674	128 198	130 854	130 760	130 760
Rentebaten	118	–	30	41	67	67	67
Totaal baten	139 462	145 800	162 575	164 009	161 912	161 818	161 818
Lasten							
Apparaatskosten	134 326	141 200	154 073	153 661	150 103	150 103	150 103
– <i>Personele kosten</i>	23 965	23 900	24 206	24 116	23 938	23 938	23 938
– <i>Materiële kosten</i>	110 361	117 300	129 867	129 545	126 165	126 165	126 165
Rentelasten	623	700	1 502	1 848	1 809	1 715	1 715
Afschrijvingskosten	2 898	3 900	7 000	8 500	10 000	10 000	10 000
– <i>Materieel</i>	2 898	3 900	7 000	8 500	10 000	10 000	10 000
– <i>Immaterieel</i>	–	–	–	–	–	–	–
Dotaties voorzieningen	1 065	–	–	–	–	–	–
Totaal lasten	138 912	145 800	162 575	164 009	161 912	161 818	161 818
Saldo van baten en lasten	550	0	0	0	0	0	0

Toelichting op de begroting van baten en lasten

De bedragen 2007 betreffen de realisatiecijfers conform het jaarverslag 2007. De bedragen 2008 betreffen de begroting van het NVI conform het eind 2007 door VWS goedgekeurde jaarplan met de eigenaar en de nadien goedgekeurde mutaties. De toename in de totale baten van 2007 naar 2008 betreft met name de voorziene ontwikkeling van de exportomzet. De

begroting voor het jaar 2009 geeft een overzicht van de baten en lasten NVI op het prijspeil van het jaar 2008. De uitbreiding van de griep-campagne alsmede de toename van het FES-budget 2009 van het RSV-project zijn de belangrijkste oorzaken van de stijging ten opzichte van 2008. De meerjarenraming van deze begroting loopt tot en met 2013, waarbij rekening is gehouden met de personele taakstelling, te verwachten mutatie in investeringen, bijbehorende rentekosten en opbrengst derden. In deze begroting en meerjarenraming zijn voorts ook het financiële effect van de uitbreiding van de doelgroep voor griepvaccinatie opgenomen. De toevoeging van HPV aan het Rijksvaccinatieprogramma alsmede de consequenties van de strategische herbezinning zijn hierin niet meegenomen.

Naar aanleiding van de evaluatie in 2006 is in 2007/2008 een nieuw kostprijsmodel ontwikkeld voor en door het NVI dat m.i.v. het jaar 2009 integraal zal worden toegepast. De budgettaire effecten van deze implementatie op de VWS-begroting worden bij eerste suppletore wet 2009 verwerkt, waarbij de budgettaire neutraliteit is gewaarborgd. Na aanpassing van de tarieven voor derden zullen ook de effecten voor de opbrengsten van derden (zowel AWBZ als private afnemers) zichtbaar worden.

Toelichting baten

Opbrengst moederdepartement

De opbrengst van het moederdepartement wordt geraamd op artikel 41 (41.3.4). In 2009 belooft de opbrengst van het moederdepartement € 36,9 miljoen. Er is rekening gehouden met de taakstelling. Een onderverdeling naar productgroepen kan eerst plaatsvinden na implementatie kostprijsmodel.

Tabel 4.2: Opbrengst moederdepartement (bedragen x € 1 000)	
	2009
VWS	24 271
Bijdrage RSV	12 600
Totaal	36 871

Opbrengst derden

Onder de opbrengst derden is € 65,0 miljoen opgenomen als inkomsten AWBZ. Dat zijn de vergoedingen die NVI ontvangt voor de levering van vaccins voor de NVV. Onder de opbrengsten derden is € 22,1 miljoen opgenomen voor het uitvoeren van de griepcampagne (incl. uitbreiding doelgroep) die NVI ontvangt van de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG).

De post opbrengst derden omvat in 2009 verder € 38,6 miljoen aan exportomzet 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.

Toelichting lasten

Personele kosten

De personele kosten bestaan voor € 23,3 miljoen uit loonkosten. Hier is een personele taakstelling in verwerkt die oploopt tot in totaal € 357 000, waarvan € 89 000 in 2009 (1,6 fte). Daarnaast is € 2,8 miljoen opgenomen voor inhuur externen (personeel niet in loondienst en uitzendkrachten), € 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 € 2,9 miljoen. Dit laatste bedrag is afgestemd op de investeringen zoals voorzien in tabel 4.5.

Tabel 4.3: Personele kosten (bedragen x € 1 000)	
	2009
Personele kosten (in € 1 000)	23 306
Aantal FTE's o.b.v. gemiddelde bezetting	416
Gemiddelde kosten per FTE (in €)	56 010
Kosten van externe inhuur	2 800
Dienstreizen, opleidingen en overig	1 000
Doorbelaste loonkosten aan investeringsprojecten	- 2 900
Totaal	24 206

Materiële kosten

Het bedrag voor de materiële lasten van € 129,9 miljoen is als volgt gespecificeerd:

Tabel 4.4: Materiële kosten (bedragen x € 1 000)	
	2009
Onderhoudskosten	6 368
Huurkosten	8 778
Overige kosten gebouwen	5 684
Productiekosten	8 790
Algemene kosten	3 407
Advieskosten/uitbestedingen	18 565
Kosten inhuur RIVM	802
Aangekocht product	77 473
Totaal	129 867

De toename ten opzicht van 2008 wordt veroorzaakt door «aangekocht product» en de voorziene intensivering van de «uitbestedingen» ten behoeve van het ontwikkelingsproject RSV (Respiratoir Syncytiaal Virus).

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

Baten-lasten diensten

Rentelasten

De rentelasten stijgen door het aangaan van leningen voor de financiering van vaste activa.

Afschrijvingskosten

Tabel 4.5: Afschrijvingen		
	Afschrijvings- termijn	Afschrijving in 2009 (bedragen x € 1 000)
Inventaris/installaties 5 jaar	5 jaar	2 000
Inventaris/installaties 10 jaar	10 jaar	5 000
Totaal afschrijvingskosten in 2009		7 000

4.3 Kasstroomoverzicht

Tabel 4.6: Kasstroomoverzicht (bedragen x € 1 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1 Rekening courant RHB 1 januari	34 055	13 498	1 310	789	376	387	206
2 Totaal operationele kasstroom	- 16 522	- 6 300	7 500	9 000	10 500	10 500	10 500
3a Totaal investeringen	- 11 476	17 800	- 9 500	- 7 500	- 7 500	- 7 500	- 7 500
3b Totaal boekwaarde desinvesteringen	-	-	-	-	-	-	-
3 Totaal investeringskasstroom	- 11 476	- 17 800	- 9 500	- 7 500	- 7 500	- 7 500	- 7 500
4a Eenmalige uitkering aan moeder-departement	-	-	-	-	-	-	-
4b Eenmalige storting door moeder-departement	-	-	-	-	-	-	-
4c Aflossing op leningen	- 3 617	- 5 888	- 8 021	- 9 413	- 10 489	- 10 681	- 9 841
4d Beroep op leenfaciliteit	11 058	17 800	9 500	7 500	7 500	7 500	7 500
4 Totaal financieringskasstroom	7 441	11 912	1 479	- 1 913	- 2 989	- 3 181	- 2 341
5 Rekening courant RHB 31 december (=1+2+3+4)	13 498	1 310	789	376	387	206	865

Toelichting op het kasstroomoverzicht

Tabel 4.7: Investerings en afschrijvingen (bedragen x € 1 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Inventaris/installaties	3 543	12 000	6 400	5 000	5 000	5 000	5 000
Activa in aanbouw	7 933	5 800	3 100	2 500	2 500	2 500	2 500
Totaal	11 476	17 800	9 500	7 500	7 500	7 500	7 500
Afschrijvingskosten	2 898	3 900	7 000	8 500	10 000	10 000	10 000

In 2009 wordt een investeringsniveau verwacht van € 9,5 miljoen. Het betreft de al langer lopende projecten inzake vervangings- (Bioreactor Control Systeem) en kwaliteitsinvesteringen (Master Data Herstel/ Manufacturing Execution System/Laboratorium Informatie Management Systeem), aangevuld met de upgrade en uitbreiding van het ERP-systeem SAP, als het primaire systeem voor de bedrijfsvoering van het NVI. Het investeringsprogramma voor 2009 e.v. is nog niet verder ingevuld in afwachting van de uitkomsten van de hiervoor genoemde strategische herbezinning.

4.4 Doelmatigheid

Ook NVI werkt al sinds haar oprichting in 2004 aan het verbeteren van haar doelmatigheid. In 2006 is op basis van een evaluatie in het kader van de agentschapsvorming besloten tot ontwikkeling van een nieuw kostprijsmodel, waarin de integrale kostenbenadering voor alle producten en diensten van het NVI het uitgangspunt is. In 2007/2008 is dit model ontwikkeld, ingevuld en gevalideerd. In de 2008/2009 zal het verder worden geoptimaliseerd. Thans is het model voldoende doorontwikkeld om vanaf 2009 gebruikt te worden. De met de implementatie gepaard gaande budgetoverheveling zal in de voorjaarsnota 2009/1e suppletore wet in de VWS-begroting worden verwerkt; dit alles binnen de randvoorwaarde van budgettaire neutraliteit. In de jaarrekening van 2009 zullen de eerste realisaties op de leest van het nieuwe kostprijsmodel zijn geschoeid; op basis daarvan kunnen dan ook de eerste doelmatigheidskengetallen worden ingevuld.

Het totale pakket aan producten en diensten van NVI is te divers om grove doelmatigheids-kengetallen als *totale omzet per fte* zinnvolle betekenis te geven; immers: ca. 50% van de kosten van het NVI bestaat uit aangekocht product. De verschillen in sturing, output, activiteiten en kosten van de twee kerntaken productie en onderzoek nopen tot verschillende benaderingswijzen qua doelmatigheid.

Voor de productie wordt gedacht aan omzet (exclusief aangekocht product) per productiemedewerker als indicatie van de efficiency van de toegevoegde waarde van het NVI op dit terrein. Omdat verkoop en productie niet elk jaar aan elkaar gelijk zijn (i.v.m. voorraadverschillen) zal hiervoor moeten worden gecorrigeerd.

Voorts wordt voor de overige activiteiten van het NVI (waaronder R&D) gedacht aan de verhouding directe / totale uren als doelmatigheidskengetal.

In de jaarrekening over 2008 zullen deze kengetallen worden gekwantificeerd als nulmeting.

BEDRIJFSVOERINGSPARAGRAAF

In de bedrijfsvoeringsparagraaf wordt ingegaan op de onderwerpen in de bedrijfsvoering die specifiek in 2009 aan de orde zullen zijn. Deze paragraaf heeft uitdrukkelijk het karakter van een uitzonderingsrapportage.

Financieel en materieel beheer

Subsidiebeheer

In 2008 voert VWS een doorlichting uit naar de bestaande subsidiepraktijk. Dit project heeft de opdracht verbeterpunten aan te reiken met betrekking tot de uitvoering van subsidies en de bestaande subsidies door te lichten. Daarnaast neemt VWS deel aan de interdepartementale ontwikkeling van een uniform subsidiekader. In 2009 zullen de uitkomsten van deze doorlichting en het uniform subsidiekader geïmplementeerd worden.

Specifieke uitkeringen

In het coalitieakkoord is afgesproken om de decentralisatie van taken en bevoegdheden naar en zelfstandigheid van gemeenten en provincies met kracht te bevorderen. De kabinetsdoelstelling om de helft van het aantal specifieke uitkeringen om te zetten in een generieke bijdrage aan de gemeenten of provincies past daarin.

VWS voert een terughoudend beleid ten aanzien van nieuwe specifieke uitkeringen en het verlengen van bestaande specifieke uitkeringen. Daarnaast wordt in 2009 de verzameluitkering geïntroduceerd.

Inkopen

In 2008 zijn de inkoopprocedures binnen VWS opnieuw beschreven en verder aangescherpt. Door deze verdere professionalisering, wordt de doel- en rechtmatigheid verbeterd. De speerpunten van het inkoopbeleid voor de komende jaren zijn een verdere professionalisering van de eigen inkooporganisatie en het gezamenlijk inkopen met andere ministeries (categorie management). Daarnaast draagt VWS bij aan de realisatie van de Kabinetsbrede Aanpak Duurzame Ontwikkeling (KADO) door de criteria uit het Duurzaam Inkopen beleid voor inkopen, zoals beschreven in de begroting van het ministerie van VROM, te implementeren.

Inhuur externen

De kosten van inhuur externen zijn gemaximeerd op het niveau van 2007, om te voorkomen dat er in het licht van de taakstelling substitutie plaatsvindt tussen eigen medewerkers en externe inhuur. Om de externe inhuur te kunnen beheersen wordt de inhuur beter gemonitord.

Overige bedrijfsvoeringsaspecten

Personeel en Organisatie

Het kabinet heeft tot doel gesteld dat de overheid kleiner en beter moet worden. In het verlengde hiervan moet de kwaliteit van de publieke dienstverlening verbeteren. De bedrijfsvoering van de rijksoverheid zal daartoe verder geprofessionaliseerd worden waarbij ook het uitbesteden van diensten steeds nadrukkelijker aan de orde is.

Begin 2009 worden binnen VWS de verschillende directies die zich bezighouden met bedrijfsvoering samengevoegd tot één directie Bedrijfsvoering. Deze directie voert ook de regie over de uitvoering die (voor een deel) door derden wordt uitgevoerd. De uitvoering zal zoveel

Bedrijfsvoeringsparagraaf

mogelijk bij derden (binnen of buiten de rijksdienst) worden ondergebracht. Daarnaast zal de directie Bedrijfsvoering fungeren als schakel tussen het departement en de DG Organisatie en Bedrijfsvoering Rijk (DGOBR). Tegelijkertijd vindt er een verdergaande interdepartementale samenwerking plaats. De auditdienst van VWS zal in 2008 opgaan in de Rijksauditdienst (RAD) en de gebruikersondersteuning op het gebied van ICT wordt ondergebracht bij de Shared Service Organisatie van het ministerie van V&W. Daarnaast maakt VWS voor verschillende specialistische diensten op het gebied van HRM steeds meer gebruik van de expertisecentra die aangesloten zijn bij De Werkmaatschappij, een shared service center voor de bedrijfsvoering binnen de Rijksoverheid.

Ook het personeelsbeleid en de daarbij behorende instrumenten zullen de komende jaren steeds meer interdepartementaal en rijksbreed worden vormgegeven. Er wordt sterk ingezet op mobiliteit, het breder inzetbaar maken van medewerkers en het begeleiden van werk naar werk. Dit past in het streven naar een flexibeler werkende rijksoverheid waarbij in plaats van baangarantie sprake is van werkgarantie. Voor alle medewerkers geldt dat loopbaanontwikkeling en mobiliteit vaste onderwerpen in het functioneringsgesprek worden. Daarnaast zal vanaf 2009 een toenemend aantal P-instrumenten, zoals bijvoorbeeld de procedure voor werving bij interne vacatures, horizontaal worden ingezet.

FINANCIËEL BEELD ZORG

1. Inleiding

In deze bijlage bezien we het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en de uitgaven die daaronder vallen in samenhang en totaliteit.

Paragraaf 2 beschrijft de definitie van het BKZ en de uitgavenbegrippen. De gebruikte informatiebronnen komen in paragraaf 3 aan de orde. De ontwikkeling van de uitgaven onder het BKZ wordt in paragraaf 4 behandeld. Hier treft u tevens een totaaloverzicht aan van de maatregelen en beleidsvoornemens zoals die in de artikelen zijn genoemd. De financiering van de zorguitgaven en de ontwikkeling van de premies (AWBZ en Zvw) worden in paragraaf 5 behandeld. Tot slot worden in paragraaf 6 de kapitaallasten in de zorg gepresenteerd.

2. BKZ en uitgavenbegrippen

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 BKZ 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 begroting van het ministerie van Financiën die vallen onder het BKZ. 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 BKZ. Voor de BKZ-uitgaven inclusief de eigen betalingen wordt de term bruto-BKZ-uitgaven gehanteerd.

3. Gebruikte informatiebronnen

De financiële informatievoorziening in de zorg komt tot stand door getrapte aanlevering: verzekeraars, instellingen en individuele beroepsbeoefenaren leveren gegevens aan de zogenoemde gegevensleveranciers, het CVZ en de NZa, die op hun beurt geaggregeerde gegevens leveren aan VWS. Hieronder wordt de informatie, zoals die gebruikt is ten behoeve van de begrotingsvoorbereiding, beschreven.

Informatie in het Financieel beeld zorg

Voor de bepaling van de uitgaven onder het BKZ zijn in eerste instantie de financieringscijfers, dat wil zeggen de gegevens over de schadelast in het kader van de Zvw en de AWBZ, van belang. Ten aanzien van de gebudgetteerde ziekenhuissectoren en de medisch specialisten wordt hiervan in die zin afgeweken dat de budgetten en de lumpsumgegevens van de NZa als uitgangspunt zijn genomen, om de uitgavenontwikkeling te monitoren. Daarbij is tevens, op basis van de jaarverslagen van de ziekenhuizen over 2007, een inschatting gemaakt van de kosten van de DBC's met vrije prijzen (het B-segment), die geen onderdeel meer uitmaken van de budgetten. De reden hiervoor is dat de schadelastgegevens met betrekking tot de ziekenhuissectoren ten opzichte van de budgetten, een substantiële overdekking laten zien. Omdat voor de gebudgetteerde ziekenhuissectoren voor het A-segment geldt dat de financiering via de DBC-declaraties dient ter dekking van het budget, en een eventuele overdekking van de budgetten door verrekening ongedaan wordt gemaakt, wordt voor de gebudgetteerde ziekenhuissectoren voor het A-segment ervan uitgegaan dat de financiering gelijk is aan de budgetten.

College voor Zorgverzekeringen

De gegevens die het CVZ verstrekt in het kader van de Zvw en de AWBZ, zijn gebaseerd op de gegevens van het Centraal Administratiekantoor (CAK), de zorgkantoren en de zorgverzekeraars. Ten opzichte van de gebruikte gegevens in het kader van het Jaarverslag 2007 en de Eerste suppletore wet 2008 zijn ten behoeve van de begrotingsvoorbereiding de geactualiseerde realisatiegegevens ontvangen met betrekking tot de Zvw op basis van de jaarstaten van de zorgverzekeraars.

Nederlandse Zorgautoriteit

Voor de gebudgetteerde sectoren (w.o. ziekenhuizen en AWBZ-convenantsectoren) ontvangt VWS informatie over de budgetontwikkeling van de NZa. Ten opzichte van het VWS Jaarverslag 2007 zijn geactualiseerde gegevens ontvangen over de budgetontwikkeling in 2007 en voorgaande jaren. Waar in het kader van het Jaarverslag 2007 en de Eerste suppletore wet 2008 de budgetten over 2007 nog waren gebaseerd op de gemaakte afspraken, bevatten nu de budgetten over 2007 ook de voorlopige realisatiegegevens. Daarnaast zijn de budgetten over de voorgaande jaren geactualiseerd aan de hand van met name de definitieve nacalculaties die in de tussenliggende periode hebben plaatsgevonden. Met betrekking tot de kapitaallasten zijn voor uitgaven met betrekking tot het jaar 2007 de ramingen van VWS als uitgangspunt genomen omdat de ervaring leert dat mutaties in de kapitaallasten nog enige tijd kunnen na-ijlen voordat deze in de budgetten tot uiting komen. Wel zijn deze ramingen geactualiseerd mede aan de hand van de ontvangen budgetinformatie van de NZa met betrekking tot de jaren die inmiddels wel definitief vaststaan.

4. Ontwikkeling van de uitgaven onder het BKZ

In tabel 1 is te zien hoe het afgesproken BKZ voor het jaar 2009 sinds het coalitieakkoord is aangepast en hoe het zich tot de netto-BKZ-uitgaven verhoudt. Tussen het coalitieakkoord en Begroting 2009 gaat het voor € 196 miljoen om aanpassingen op de oorspronkelijk geraamde prijsontwikkeling Nationale Bestedingen (pNB) en de mutaties in de bruto-BKZ-uitgaven en -ontvangsten leiden per saldo tot een verhoging van de netto-BKZ-uitgaven met € 477 miljoen. Ten opzichte van het BKZ is voor 2009 sprake van een overschrijding van € 281 miljoen.

Tabel 1 Ontwikkeling van het BKZ 2009 (bedragen x € 1 000 000) ¹					
	Bruto BKZ uitgaven	BKZ ontvangsten	Netto BKZ uitgaven	BKZ	Overschrij- ding (+) / onderschrij- ding (-)
	a	(Eigen betalingen) b	c=a-b	d	e=c-d
Stand VWS ontwerpbegroting 2008	58 727	3 234	55 493	55 493	
Stand VWS ontwerpbegroting 2009	58 010	2 994	55 016	55 297	- 281
<i>Mutatie</i>	- 718	- 241	- 477	- 196	- 281

Bron: VWS

¹ De som van de delen kan afwijken van het totaal

4.1. Ontwikkeling netto-BKZ-uitgaven 2007 t/m 2013

Tabel 2 laat de ontwikkeling van de netto-BKZ-uitgaven zien vanaf de stand ontwerpbegroting 2008. Eerst worden de wijzigingen uit het Jaarverslag 2007 en de Eerste suppletore wet 2008 weergegeven. Dan volgen de wijzigingen die daarna hebben plaatsgevonden.

Financieel beeld zorg

Tabel 2 Mutaties in de bruto BKZ relevante uitgaven en ontvangsten sinds de ontwerpbegroting 2008 (bedragen x € 1 000 000)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2008	54 349,7	58 727,3	62 057,4	65 698,6	69 543,1	
<i>Mutaties</i>	262,5	- 74,7	- 71,2	- 238,3	61,4	
Bruto-BKZ-uitgaven stand Jaarverslag 2007/1e suppletore wet 2008	54 612,2	58 652,6	61 986,2	65 460,3	69 604,5	
<i>Productieontwikkeling, mee- en tegenvallers</i>						
a. Actualisatie zorguitgaven 2007 en doorwerking	- 175,7	- 144,0	- 28,4	39,8	61,4	
Maatregelen en beleidsaanpassingen genoemd in de Beleidsagenda						
Preventieve zorg						
b. Toevoeging HPV-vaccin aan Rijksvaccinatieprogramma		pm	pm	pm	pm	
c. Opname Hepatitis B-vaccin in Rijksvaccinatie-programma		pm	pm	pm	pm	
Curatieve zorg						
d. Aanscherpen vergoeding cholesterolverlagers		- 32,0	- 65,0	- 97,0	- 97,0	
e. Pakketmaatregelen hulpmiddelen		- 22,0	- 23,1	- 24,3	- 25,5	
f. Verbetering kwaliteit methadonbehandeling		7,5	7,5	7,5	7,5	
g. Ambulances		7,0	13,0	13,0	13,0	
h. Diagnostiek en behandeling dyslexie in het basispakket		27,9	29,3	30,7	32,1	
i. Benzodiazepinen uit het basispakket		- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	
Langdurige zorg						
j. Maatregelen Care		- 91,0	- 712,0	- 776,0	- 840,0	
<i>Overige maatregelen en beleidsaanpassingen</i>						
k. Huisartsen		pm	pm	pm	pm	
l. Kosteneffectieve preventieve interventies			25,9	37,9	50,0	
m. Verbetering kwaliteit gehandicaptenzorg		42,0	72,0	72,0	72,0	
n. PGB's	31,0	388,0	593,0	835,0	1 076,0	
o. Capaciteitsplan		12,1	22,8	33,0	37,6	
p. Besparingsverlies Best practices	- 35,0	40,0				
q. Besparingsverlies OB-somatisch		200,0				
r. Wtcg		- 925,0	- 569,7	- 558,6	- 548,7	
vv. Forfaits chronisch zieken en gehandicapten			355,3	366,4	376,3	
vv. Ophogen inkomensgrens		10,0	10,0	10,0	10,0	
vv. Uitvoeringskosten		15,0	15,0	15,0	15,0	
vv. Vervallen reservering Wtcg		- 950,0	- 950,0	- 950,0	- 950,0	
Technische en macro-economische mutaties						
s. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2009)		91,3	142,5	162,4	166,5	
t. IJkljnmutaties	- 61,8	- 135,7	- 163,6	- 196,5	- 174,5	
u. Diverse mutaties	7,3	- 39,1	32,5	34,7	13,9	
v. Financieringsachterstand	57,4					
Totaal mutaties	- 176,8	- 643,0	- 693,3	- 456,4	- 225,7	
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	54 435,4	58 009,6	61 292,9	65 003,9	69 378,8	73 803,9
BKZ-ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2008	3 028,3	3 234,3	3 376,5	3 535,2	3 674,2	
<i>Mutaties</i>	6,4	15,2	15,2	9,5	8,1	
BKZ-ontvangsten stand Jaarverslag 2007 / 1e suppletore wet 2008	3 034,7	3 249,5	3 391,7	3 544,7	3 682,3	
I. Beëindiging overgangsmaatregel		20,0	20,0	20,0	20,0	
II. Eigen bijdrage OB/AB		- 40,0	87,0	96,0	105,0	
III. Wtcg		- 230,0	- 443,0	- 323,0	- 331,0	
IV. Diverse mutaties	7,6	- 6,0	- 9,1	- 11,5	- 4,3	
<i>Totaal mutaties</i>	7,6	- 256,0	- 345,1	- 218,5	- 210,3	
BKZ-ontvangsten stand VWS ontwerpbegroting 2009	3 042,3	2 993,5	3 046,6	3 326,2	3 472,0	3 638,8
Netto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2008	51 321,4	55 493,0	58 680,9	62 163,4	65 868,9	
Netto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	51 393,1	55 016,1	58 246,3	61 667,7	65 906,8	70 165,1

Toelichting op tabel 2

a. Actualisatie zorguitgaven 2007 en doorwerking

Op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ zijn de uitgaven, het bouwprogramma en de kapitaallastenraming 2007 geactualiseerd. Uit deze actualisatie volgt per saldo voor 2009 een meevaller van € 144 miljoen.

b. Toevoeging HPV-vaccin aan Rijksvaccinatieprogramma

Op de lijn «Koesteren en innoveren» (uit de preventievisie – TK 22 894, nr. 134) gaat VWS verder met het verbeteren van in het bijzonder gezondheidsbescherming en ziektepreventie. In 2009 wordt vaccinatie tegen HPV, het virus dat baarmoederhalskanker veroorzaakt, opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma mits de prijs van het vaccin drastisch daalt. Ook willen we met een inhaalprogramma eenmalig alle meisjes van 13 tot en met 16 jaar vaccineren.

c. Opname Hepatitis B-vaccin in Rijksvaccinatieprogramma

Conform de aanbeveling van de World Health Organization voor universele vaccinatie tegen hepatitis B, willen we bij een positief advies van de Gezondheidsraad hepatitis B vaccinatie opnemen in het RVP mits budgettair inpasbaar.

d. Aanscherpen vergoeding cholesterolverlagers

De voorwaarden voor vergoeding van cholesterolverlagers worden aangepast aan de richtlijn van de beroepsgroep. Dit sluit aan bij onze langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid. Met deze maatregel wordt een besparing bereikt van € 32 miljoen in 2009, oplopend naar structureel € 97 miljoen vanaf 2011.

e. Pakketmaatregelen hulpmiddelen

Conform het pakketadvies van het CVZ wordt de vergoeding van enkele hulpmiddelen uit het Zvw-pakket gehaald. Het betreft faxapparatuur voor auditief gehandicapten, allergeenvrije/stofdichte hoezen en stoelen met uitsluitend een sta-op-functie.

f. Verbetering kwaliteit methadonbehandeling

Betreft verbetering van de verslavingszorg, door de diagnostiek en zorg bij methadonbehandeling te versterken met inzet van extra verpleegkundigen bij de methadonposten. De maatregel is een uitvloeisel van een opgestelde behandelrichtlijn. Voor deze maatregel wordt € 7,5 miljoen structureel vanaf 2009 uitgetrokken. Deze middelen komen bovenop het structurele bedrag van € 7,5 miljoen vanaf 2008, dat bij de Eerste suppletore wet 2008 is verwerkt.

g. Ambulances

In het recentelijk door het RIVM opgestelde rapport «Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid 2008» zijn de benodigde ambulancecapaciteit en spreiding berekend om binnen 15 minuten 97% van de bevolking met een ambulance te kunnen bereiken. In het kader hiervan zijn extra middelen beschikbaar gesteld die oplopen van € 5 miljoen in 2008 en € 12 miljoen in 2009 tot € 18 miljoen structureel met ingang van 2010.

h. Diagnostiek en behandeling dyslexie in het basispakket

Per 1 januari 2009 wordt de diagnose en behandeling van ernstige dyslexie in het Zvw-pakket opgenomen. In 2009 geldt de vergoeding

uitsluitend voor kinderen van 7 of 8 jaar, de jaren daarna wordt de doelgroep stapsgewijs uitgebreid naar alle kinderen van de basisschool van 7 jaar en ouder.

i. Benzodiazepines uit het basispakket

Conform het pakketadvies van het CVZ wordt de vergoeding van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen) uit het Zvw-pakket gehaald, met uitzondering van enkele specifieke indicaties. De opbrengst van deze maatregel is € 70 miljoen.

j. Maatregelen care

Ondersteunende, activerende begeleiding en behandeling worden omgevormd tot twee functies: begeleiding en behandeling. De aanspraak begeleiding geldt vanaf 1 januari 2009 alleen voor mensen met ernstige beperkingen die zonder deze begeleiding niet (langer) in staat zijn om zelfstandig te blijven wonen of naar school te gaan.

k. Huisartsen

Met betrekking tot de bekostiging van huisartsenzorg, is het Kabinet in gesprek met de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland over hoe de uitgaven aan huisartsenzorg met ingang van 2009 beheerst kunnen worden.

l. Kosteneffectieve preventieve interventies

Dit betreft gereserveerde middelen voor opname van kosteneffectieve preventieve interventies in het basispakket van de Zvw (ondersteuning stoppen met roken, beweegkuur, zelfmanagement chronisch zieken en depressiepreventie). Via de begroting lopen thans piloottrajecten hiervoor.

m. Verbetering kwaliteit gehandicaptenzorg

Naar aanleiding van het rapport «Gehandicaptenzorg onder druk» door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden er extra middelen beschikbaar gesteld voor de kwaliteit van de zorg voor gehandicapten.

n. PGB's

De subsidieregeling Persoonsgebonden budgetten (PGB) kent een sterke groei. Volgens de huidige inzichten zal de instroom in de regeling groter zijn dan waarmee in de ramingen rekening is gehouden.

o. Capaciteitsplan

Naar aanleiding van het kabinetsstandpunt op het capaciteitsplan 2008 (TK 2007/2008, 29 282, nr. 57) zijn middelen vrijgemaakt om de op basis daarvan benodigde stijging in opleidingscapaciteit te kunnen accommoderen.

p. Besparingsverlies Best practices

Invoering van een systeem van best practices is volgens de NZa niet mogelijk per 1 januari 2009. Invoering is nu voorzien per 2010. Dit leidt tot een incidentele mee- en tegenvaller in 2008 respectievelijk 2009.

q. Besparingsverlies OB-somatisch

De maatregel om per 1 januari 2008 alle ondersteunende begeleiding voor mensen met een somatische grondslag af te schaffen wordt geïntegreerd in de nieuwe pakketregel begeleiding. Daarom moeten alle huidige gebruikers worden geherindiceerd. Dit brengt met zich mee dat een deel

Financieel beeld zorg

van deze groep alsnog zijn aanspraak behoudt en dat de resterende groep pas in de loop van 2009 zijn recht op OB verliest (in plaats van per 1 januari 2009).

r. Wtcg

Forfaits chronisch zieken en gehandicapten

In het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) ontvangen chronisch zieken en gehandicapten een forfaitaire tegemoetkoming. Of iemand deze tegemoetkoming ontvangt (en hoe hoog die is) wordt bepaald aan de hand van zorggebruik (gebruik van bepaalde medicijnen, hulpmiddelen, DBC's, indicatie AWBZ-zorg en/of Wmo-zorg). De hoogte is ook afhankelijk van leeftijd.

Ophogen inkomensgrens

In het kader van de Wtcg vinden enkele wijzigingen plaats in de eigen bijdragen AWBZ en Wmo. Eén daarvan betreft het ophogen van de inkomensgrens in de eigen bijdrage Wmo voor 65-minners met € 5 000. Dit betekent dat het inkomen waarboven de eigen bijdrage begint mee te stijgen, met dat inkomen wordt verhoogd. Hierdoor daalt de eigen bijdrage Wmo. Middels een hogere Wmo-bijdrage van het rijk worden de gemeenten hiervoor gecompenseerd. De overige wijzigingen bij de eigen bijdrage zijn verwerkt bij de BKZ-ontvangsten.

Uitvoeringskosten

De invoering van de Wtcg gaat gepaard met uitvoeringskosten, met name bij het CAK dat de forfaits zal uitkeren en de korting op de eigen bijdragen AWBZ en Wmo zal verwerken.

Vervallen reservering Wtcg

In het coalitieakkoord is besloten de Buitengewone uitgavenregeling in de belastingwetgeving af te schaffen en te vervangen door een nieuwe regeling. Vooruitlopend op de vormgeving van de nieuwe regeling is in de begroting 2008 een reservering van 950 miljoen opgenomen binnen het BKZ, waaruit de nieuwe regeling gedekt zou kunnen worden. Met de verwerking van de Wtcg in de begroting 2009 kan deze reservering vervallen.

s. Macro loon- en prijsbijstelling (MEV 2009)

De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de Macro Economische Verkenning 2009 van het Centraal Planbureau (CPB).

t. Jklijnmutaties

Deze post is het saldo van diverse mutaties tussen de verschillende uitgavenkaders en het BKZ. De meest omvangrijke daarvan betreft een overheveling van middelen naar de begroting van Justitie in verband met een aanvullende overheveling voor de overgang van forensische zorg. Verder doet zich met name een aantal overhevelingen naar de VWS-begroting voor, voor middelen voor de subsidie van de huisartsenopleiding, aanpassing van het beslissysteem van organdonatie en de specifieke uitkeringen maatschappelijke opvang/OGGZ en vrouwenopvang. De overheveling met betrekking tot de specifieke uitkeringen heeft te maken met het schrappen van de psychosociale grondslag uit de AWBZ voor de functie ondersteunende begeleiding. Hiervoor zijn ook middelen naar de begroting van BZK overgeheveld.

u. Diverse mutaties

Deze post is het saldo van verschillende mutaties.

v. Financieringsachterstand

De actualisatie zorguitgaven 2007 leidt voor 2008 tot een aanvullende financieringsachterstand van € 57,4 miljoen. De financieringsachterstand betreft betalingen van zorgkantoren voor verplichtingen die in voorgaande jaren zijn aangegaan.

I. Beëindiging overgangmaatregel

Voor de intramurale eigen bijdrage AWBZ is de overgangmaatregel per 1 januari 2008 beëindigd. Eind 2007 bleken de inkomenseffecten daarvan groter dan eerder verwacht. Met het oog daarop is voor de eerste maanden in 2008 een overgangmaatregel (gewenningsbijdrage) in het leven geroepen. Het kostenplaatje daarvan was € 20 miljoen, die volledig werd gedekt uit de verwachte hogere eigen bijdragen (structureel € 20 miljoen).

II. Eigen bijdrage OB/AB

De invoering van de vermogensbijtelling bij de vaststelling van de eigen bijdragen wordt om uitvoeringstechnische redenen een half jaar uitgesteld. Dit leidt tot een lagere opbrengst van eigen bijdragen van € 40 miljoen. Per 1 januari 2010 worden eigen bijdragen ingevoerd bij de nieuwe functie begeleiding.

III. Wtcg

In het kader van de Wtcg vinden enkele wijzigingen plaats in de eigen bijdragen AWBZ en Wmo. Veruit de belangrijkste is de introductie van een korting op de eigen bijdragen. De korting op de eigen bijdrage extramuraal (AWBZ en Wmo) bedraagt 33%. De korting op de eigen bijdrage intramuraal bedraagt 8% voor 65-plussers en 16% voor 65-minners. De korting op de eigen bijdrage extramuraal 2009 wordt kasmatig uitgekeerd in 2010. Naast de kortingen wordt ook de inkomensgrens in de eigen bijdrage extramuraal voor 65-minners met € 5 000 verhoogd. Dit betekent dat het inkomen waarboven de eigen bijdrage begint mee te stijgen, met dat inkomen wordt verhoogd. Hierdoor daalt de eigen bijdrage AWBZ. Dit gebeurt ook door de verlaging van het vrijlatingspercentage in de eigen bijdrage intramuraal.

IV. Diverse mutaties

Deze post is het saldo van verschillende mutaties.

4.2 Beschikbare middelen per artikel

In tabel 3 worden de relevante BKZ-uitgaven op artikelniveau gepresenteerd. Door middel van de Financieringsachterstand (+/-) wordt de aansluiting gemaakt tussen de Zorguitgaven en het financieringsniveau van het Bruto-BKZ, de uitgaven van de zorgverzekeraars en de zorgkassen. De Financieringsachterstand ontstaat bij de gebudgetteerde sectoren (zoals de verpleeghuizen) onder andere door een verschil tussen de budgetten en de financiering door de zorgverzekeraars en zorgkantoren (zie ook paragraaf 3 van deze bijlage, ten aanzien van de financiering van de budgetten van de ziekenhuizen).

Tabel 3 Verdeling van de zorguitgaven per artikel (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Volksgezondheid	110,2	114,1	107,4	106,7	106,3	106,3	106,3
Gezondheidszorg	26 439,9	30 722,8	31 595,9	32 784,3	33 998,3	34 063,6	34 102,3
Langdurige zorg	22 442,1	20 859,0	21 780,5	21 749,4	22 546,3	22 830,1	22 904,8
Maatschappelijke ondersteuning	166,1	172,2	172,3	172,5	172,6	172,8	172,8
Nominaal en onvoorzien	45,6	93,0	1 964,7	3 564,7	5 220,9	9 204,2	13 472,7
Wmo (gemeentefonds)	1 410,6	1 465,6	1 492,3	1 519,3	1 519,3	1 519,3	1 519,3
Opleidingsfonds (begroting VWS)	636,4	801,3	817,6	835,5	842,1	846,7	851,0
Wtcg (begroting VWS)				340,5	349,5	354,1	358,7
Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven			78,9	220,0	248,6	281,8	316,2
Zorguitgaven ontwerpbegroting 2009	51 250,9	54 228,0	58 009,6	61 292,9	65 003,9	69 378,8	73 803,9
Financieringsachterstand	7,9	207,4					
Bruto-BKZ-uitgaven stand VWS ontwerpbegroting 2009	51 258,8	54 435,4	58 009,6	61 292,9	65 003,9	69 378,8	73 803,9

Bron: VWS

Tabel 4 geeft de ontwikkeling aan van de zorguitgaven op de beleidsartikelen. De ontwikkeling tussen 2007 en 2008 respectievelijk 2008 en 2009 is daarbij onderverdeeld naar de oorzaak van de ontwikkeling: volume, nominaal of technisch.

Tabel 4 – Horizontale uitgavenontwikkeling beleidsartikelen (bedragen x € 1 000 000)									
	2007	volume	nominaal	tech- nisch	2008	volume	nominaal	tech- nisch	2009
Volksgezondheid	110,2	- 0,9	3,7	1,1	114,1	- 1,1	- 0,2	- 5,4	107,4
Gezondheidszorg	26 439,9	550,2	879,7	2 853,0	30 722,8	796,0	79,3	- 2,2	31 595,9
Langdurige zorg	22 442,1	518,1	876,9	- 2 978,1	20 859,0	809,7	132,3	- 20,5	21 780,5
Maatschappelijke ondersteuning	166,1	0,1	6,0	0,0	172,2	0,0	0,1	0,0	172,3

Bron: VWS

De volumeontwikkeling 2008–2009 is hoger dan die in 2007–2008. Dit heeft met name te maken met de jaarlijkse autonome volumeontwikkeling van de zorguitgaven. Daarnaast zijn kostenbeperkende maatregelen genomen. Deze zijn grotendeels al in 2008 ingegaan en zijn aangekondigd in de begroting 2008. Ook in 2009 gaan kostenbeperkende maatregelen en intensiveringen in. Het gaat bij de Gezondheidszorg met name om de pakketuitbreiding diagnose en behandeling van ernstige dyslexie en een pakketbeperking bij het geneesmiddelenbeleid. Bij de Langdurige zorg gaat het voornamelijk om de omvorming van ondersteunende begeleiding en behandeling. Daarnaast is de vorig jaar aangekondigde invoering best practices/efficiencykorting en aanpassing ondersteunende begeleiding gedeeltelijk vertraagd. Verder wordt geïntensiveerd op de ruimte voor de uitgaven PGB's.

De nominale ontwikkeling betreft vooral de jaarlijkse aanpassing van de uitgaven aan loon- en prijsontwikkeling in 2008 en de exploitatiegevolgen

van de instandhoudingsbouw in 2008 en 2009. De loon- en prijsontwikkeling 2009 is nog niet aan de beleidsartikelen toegedeeld en is daarom ook niet in deze tabel terug te vinden.

De technische ontwikkeling 2007 – 2008 is voor een groot deel te verklaren door de overheveling van geneeskundige GGZ uit de AWBZ naar de Zvw. De mutaties tussen de verschillende uitgavenkaders en het BKZ is met name terug te zien in de technische ontwikkeling 2008–2009.

5. Financiering van de zorguitgaven

De financiering van de bruto BKZ-uitgaven laat zich in een aantal categorieën uitsplitsen. Tabel 5 geeft deze verdeling voor het jaar 2009 in cijfers weer.

Tabel 5 Financiering bruto BKZ- uitgaven (bedragen x € miljard)	
	2009
AWBZ	21,5
Zvw	31,1
Eigen betaling AWBZ	1,6
Eigen betaling Zvw	1,4
Overheid (opleidingsfonds/Wtgcg)	0,9
Overheid (gemeentefonds)	1,5
Totaal begroting 2009	58.0

Bron: VWS

Zorgverzekeringswet

De belangrijkste uitgavenpost die resulteert uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) is natuurlijk het betalen van zorgkosten voor verzekerden door zorgverzekeraars (zie tabel 6). 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 2007 is er tot slot ook een bedrag betaald aan het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektelasten ter dekking van de kosten van kortdurende geestelijke gezondheidszorg.

Ter dekking van deze uitgaven worden er inkomensafhankelijke bijdragen 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-claimteruggevaregeling en het eigen risico. Ook zijn er nog overige baten van het zorgverzekeringsfonds. Dit betreft rentebaten en de premieervangende bijdrage van niet-ingezetenen.

Tabel 6 Uitgaven en inkomsten Zvw (bedragen x € miljard)			
	2007	2008	2009
<i>Uitgaven ten laste van de macropremielast¹</i>			
– Zorguitgaven verzekeraars	26,0	29,7	31,6
– Bijdrage voor GGZ aan AWBZ	2,8	0,0	0,0
– Rechtstreekse uitgaven zorgverzekeringsfonds	0,2	0,9	0,9
– Beheerskosten/saldi verzekeraars	1,8	0,4	1,9
Totaal	30,8	31,0	34,4
<i>Inkomsten</i>			
– Inkomensafhankelijke bijdrage	14,7	17,0	17,0
– Nominale premie	10,8	13,4	13,8
– Rijksbijdrage kinderen	1,9	2,1	2,1
– Eigen betalingen	2,1	1,3	1,4
– Overige baten zorgverzekeringsfonds	0,3	0,1	0,1
Totaal	29,7	33,9	34,3

Bron: VWS

¹ BKZ relevant zijn hiervan de zorguitgaven van de verzekeraars plus de uitgaven in verband met internationale verdragen (afgerond samen € 32,5 miljard in 2009). Dit bedrag komt overeen met de optelling van de posten Zvw en eigen betaling Zvw uit tabel 5.

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 6). Uit het ZVF ontvangt elke verzekeraar een bedrag ter gedeeltelijke dekking van de zorguitgaven. Dit bedrag 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 werd 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, subsidies en de zogenaamde academische component van academische ziekenhuizen. Die laatste post bedraagt in 2009 circa € 628 miljoen.

Ten opzichte van de cijfers die zijn gemeld in de begroting 2008 zijn de uitkeringen aan de verzekeraars in 2007 met € 0,6 miljard opwaarts bijgesteld op basis van het jaarverslag van het CVZ. In dit cijfer is rekening gehouden met een neerwaartse correctie op de nacalculatie 2006 van € 0,2 miljard. Verder is de post voor € 1 miljard vertekend vanwege financieringsverschuivingen bij ziekenhuizen (in verband met overdekkingsproblematiek), die teruggedecorrigeerd worden in de nacalculatie 2008. De raming van de «normale» nacalculatietrajecten 2008 is met € 0,2 miljard neerwaarts bijgesteld. De «normale» nacalculatie in 2008 leidt tot een neerwaartse bijstelling van € 0,3 miljard. Per saldo wordt de nacalculatie over 2007 en 2008 samen nu € 0,7 miljard lager ingeschat dan in de begroting 2008. Dit heeft een positief resultaat op het vermogen van het zorgverzekeringsfonds.

De inkomensafhankelijke bijdragen worden thans in 2007 € 0,2 miljard en in 2008 € 0,3 miljard hoger geraamd dan in de begroting van 2008. Dit heeft samen een positief resultaat op het vermogen van het zorgverzekeringsfonds van € 0,6 miljard.

Door de bijstellingen bij de inkomsten en de uitgaven is het in de begroting 2008 voorziene vermogenstekort in het ZVF van € 0,6 miljard omgeslagen in een overschot van € 0,6 miljard, dat evenwel nog met

grote onzekerheid is omgeven. Vanwege die grote onzekerheid is besloten om een flink deel van de thans voorziene meevaller in 2008 niet direct te vertalen in lagere premies.

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 bedrag dat een verzekeraar uit het ZVF ontvangt is zodanig dat hij – rekeninghoudend met zijn verzekerdenpopulatie en een gemiddeld kostenpatroon – per premiebetalende verzekerde een gelijk bedrag op zijn zorgkosten tekort komt. Dit bedrag is de zogenaamde nominale rekenpremie. Verzekeraars dienen echter ook hun beheerskosten en exploitatiesaldi 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 exploitatietekort bij de verzekeraars van circa € 0,5 miljard in 2007 afneemt tot een tekort van € 0,1 miljard in 2008 en omslaat in een overschot van € 0,2 miljard in 2009. De regel beheerskosten/exploitatiesaldo in tabel 7 vertoont een sterk fluctuerend karakter in verband met de hiervoor gemelde verschuiving bij ziekenhuizen. De eigen betalingen veranderen in 2008 flink (in karakter en hoogte) door de omzetting van de no-claim-teruggaveregeling in een eigen risico met compensatie voor langdurig zieken. In 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.

Tabel 7 Exploitatie en premiestelling Zvw (bedragen x € 1 000 000)			
	2007	2008	2009
Zorgverzekeringsfonds			
<i>Uitgaven</i>	17 846,0	16 674,8	19 084,9
– Uitkering aan verzekeraars voor zorg	14 638,8	15 645,4	18 046,4
– Uitkering voor beheerskosten kinderen	174,9	174,8	175,3
– Bijdrage aan AWBZ voor GGZ	2 800,0	–	–
– Rechtstreeks uitgaven ZVF	232,3	854,6	863,2
<i>Inkomsten</i>	16 756,4	18 990,9	19 035,7
– Inkomensafhankelijke bijdrage	14 726,4	17 038,6	17 027,9
– Rijksbijdrage kinderen	1 857,5	2 071,7	2 080,7
– Bijdrage verz. met meerjarig hoge kosten	–	– 87,6	– 92,1
– Overige baten	172,5	– 31,8	19,2
<i>Exploitatiesaldo</i>	– 1 089,6	2 316,0	– 49,2
Vermogen Zorgverzekeringsfonds	– 2 343,3	– 27,3	– 76,5
Vermogensnorm	–	– 600,0	– 600,0
Vermogenssaldo Zorgverzekeringsfonds	– 2 343,3	572,7	523,5
Individuele verzekeraars			
<i>Uitgaven</i>	27 751,4	30 688,2	33 531,1
– Zorg	25 963,4	30 313,1	31 638,1
– Beheerskosten/exploitatiesaldi	1 788,0	375,1	1 893,0
<i>Inkomsten</i>	27 751,4	30 688,4	33 531,1
– Uitkering van ZVF voor zorg	14 638,8	15 645,4	18 046,4
– Uitkering voor beheerskosten kinderen	174,9	174,8	175,3
– Nominale rekenpremie (excl no claim)	10 135,5	12 403,6	12 143,6
– Nominale opslagpremie	636,9	990,6	1 635,6
– Nominale no claim premie	3 239,3	–	–
– No claim teruggave	– 1 156,0	–	–
– Eigen risico	–	1 391,9	1 448,1
– Overige baten	82,0	82,0	82,0

Bron: VWS

De nominale premies en inkomensafhankelijke bijdragen

De verhouding tussen de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie is vastgelegd in de wet; beide bedragen 50% van de macropremielast. 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 nominaal/inkomensafhankelijk achteraf niet gelijk is verdeeld. In zowel 2006, 2007 als 2008 hebben de verzekeraars hun nominale premie lager vastgesteld dan verwacht in de respectievelijke begrotingen. De inkomensafhankelijke bijdrage heeft in 2006 en 2007 ook minder opgebracht dan beoogd, maar in 2008 meer. Per saldo leidt dit er toe dat via nominale premies, rijksbijdragen en het eigen risico over de jaren 2006 tot en met 2008 circa € 0,6 miljard minder is opgebracht dan via de inkomensafhankelijke bijdrage. Voor 2009 wordt in eerste instantie de inkomensafhankelijke bijdrage zo vastgesteld dat deze naar verwachting weer 50% van de macropremielast van 2009 dekt. Daarnaast vindt er een correctie plaats die er voor zorgt dat de inkomens-

afhankelijke bijdrage gedurende de jaren 2009–2012 iets minder dan 50% van de macropremielast zal worden opgebracht, zodat uiteindelijk over de periode 2006–2012 het nominale en het inkomensafhankelijke deel in evenwicht zijn. De correctie heeft een opwaarts effect op de nominale premie (van circa € 15) en een neerwaarts effect op de inkomensafhankelijke bijdrage (van 0,10%-punt) ten opzichte van een beeld zonder deze correctie.

In 2009 wordt geen tekort of overschot in het ZVF weggewerkt. In 2008 was er (gecorrigeerd voor de overdekkingsproblematiek en een incidentele niet uit premies gedekte bijdrage in verband met DBC's GGZ) sprake van een overschot in het zorgverzekeringsfonds van € 1,9 miljard. Deze daling van het saldo van het ZVF heeft een drukkend effect op de nominale premies van € 65 en van 0,4%-punt op de Inkomensafhankelijke bijdrage (IAB).

Bij de individuele verzekeraars wordt uitgegaan van een verbetering van het exploitatiesaldo van € 0,3 miljard. Dit heeft een opwaarts effect op de nominale premies van circa € 15 en van 0,10% op de IAB.

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 2009 circa € 65 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 2009 leidt dit tot een stijging van circa 0,1%-punt.

Rekening houdend met alle hiervoor genoemde zaken resulteert er voor 2009 een inkomensafhankelijke bijdrage van 6,9% en een gemiddelde nominale premie die thans wordt geraamd op € 1074 (zie tabel 8). De nominale premie wordt echter vastgesteld door de verzekeraars en het gemiddelde kan dus ook anders uitkomen dan op de nu geraamde bedragen.

Tabel 8 Premieoverzicht			
	2007	2008	2009
Zvw			
Inkomensafhankelijke bijdrage normaal (in %)	6,5	7,2	6,9
Inkomensafhankelijke bijdrage verlaagd (in %)	4,4	5,1	4,8
Nominale rekenpremie (excl no claim) ¹	796	970	947
Nominale opslagpremie (gemiddeld) ²	52	77	127
Nominale premie no claim ¹	255	–	–
Nominale premie totaal (gemiddeld) ²	1 103	1 047	1 074
Premiekorting in collectieve polissen	47	50	50
Nominale premie excl. korting collectieve polissen (gem)	1 150	1 097	1 124
No claim teruggave (gemiddeld) ³	91	–	–
Eigen risico (gemiddeld) ⁴	–	103	106
Standaardpremie ten behoeve van zorgtoeslag	1 059	1 200	1 231
Maximaal eigen risico	–	150	155
Compensatie verzekerden met meerjarig hoge kosten ¹	–	47	49

Bron: VWS

¹ Jaarbedragen in Euro

² Jaarbedragen in Euro; dit betreft een raming.

³ Jaarbedragen in Euro; dit betreft een raming. Dit bedrag wordt kasmatig uitbetaald in jaar t+1

⁴ Jaarbedragen in euro; dit betreft een raming. Dit betreft het gemiddeld eigen risico van niet-chronisch zieken.

De zorgtoeslag

De zorgtoeslag waarborgt dat geen enkel huishouden 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, vermeerderd met het gemiddelde bedrag dat een verzekerde aan eigen risico betaalt¹. Voor de zorgtoeslag 2009 wordt in deze begroting uitgegaan van de raming van de standaardpremie zoals opgesteld door het CPB in de MEV 2009. Deze raming voor 2009 bedraagt € 1231. Dit komt overeen met de eerder genoemde raming van de nominale premie van € 1074 plus het geraamde gemiddelde eigen risico van € 106 plus een correctie van € 50 voor de premiekorting in collectieve polissen. De Belastingdienst/toeslagen ontvangt voordat de zorgtoeslag feitelijk wordt uitgekeerd een geactualiseerde inschatting van de hoogte van de nominale premie nadat de verzekeraars hun premie bekend hebben gemaakt.

In 2009 zal voor wat betreft de vaststelling van de hoogte van de maximale zorgtoeslag voor alleenstaanden worden gerekend met de standaardpremie minus 2,85% van het wettelijk minimumloon (wml). In 2008 werd nog 3,5% van het wml in mindering gebracht. Met deze aanpassing wordt het koopkrachtbeeld van alleenstaanden met een laag inkomen gerepareerd.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Tabel 9 Exploitatie en premiestelling AWBZ (bedragen x € 1 000 000)			
	2007	2008	2009
<i>Algemeen Fonds</i>			
<i>Uitgaven¹</i>	22 987,7	21 572,8	23 119,5
– Zorgaanspraken en subsidies	22 824,3	21 392,2	22 921,0
– Beheerskosten	163,4	180,6	198,4
<i>Inkomsten</i>	21 887,6	19 470,9	21 175,2
– Procentuele premie	12 999,0	13 073,1	14 862,1
– Eigen bijdragen	1 657,5	1 731,6	1 622,3
– Bijdrage van het ZVF voor GGZ	2 800,0	–	–
– Rijksbijdrage	11,0	11,0	11,4
– BIKK	4 495,4	4 774,3	4 878,0
– Overige baten	– 75,3	– 119,1	– 198,6
<i>Exploitatiesaldo</i>	– 1 100,1	– 2 101,9	– 1 944,3
<i>Vermogen Algemeen Fonds</i>	590,9	– 1 511,0	– 3 455,2
Vermogensnorm	2 973,0	2 973,0	2 973,0
Vermogenssaldo	– 2 382,1	– 4 484,0	– 6 428,2
Premieplichtig inkomen	233 759,0	243 830,9	255 204,3
Procentuele premie (in %)	12,00	12,15	12,15

Bron:VWS

¹ De uitgaven van € 23,1 miljard in 2009 in deze tabel betreft de optelling van de posten AWBZ plus Eigen betaling AWBZ uit tabel 5.

¹ Er wordt gerekend met het gemiddeld eigen risico dat een verzekerde betaalt die geen vergoeding krijgt in verband met meerjarig hoge kosten.

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 (Bijdrage in de Kosten van Kortingen) 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 de Rijks schatkist. Het exploitatiesaldo van het AFBZ telt mee in het EMU-saldo en de vermogenssaldi beïnvloeden de hoogte van de overheidsschuld.

Onder uitgaven worden in tabel 9 verstaan de zorgaanspraken, de AWBZ-subsidies en de beheerskosten die worden gefinancierd uit het AFBZ. Het betreft dus ook uitgaven die gefinancierd worden uit eigen bijdragen. Ten aanzien van de AWBZ-premie is niet besloten tot bijstellingen. De premie blijft dus 12,15%. De premieopbrengst wordt naast de ontwikkeling van het premiepercentage en het premieplichtig inkomen ook beïnvloed door nog met de Belastingdienst te verrekenen bedragen uit oude jaren. Omdat er in 2009 naar huidige verwachting minder hoeft te worden terugbetaald aan de Belastingdienst stijgen de premie-inkomsten meer dan de uitgaven, wat leidt tot een dalend exploitatietekort. Via de 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 2007 en 2008 wordt thans een negatief exploitatiesaldo voorzien van € 1,1 respectievelijk € 2,1 miljard. Dat is in beide jaren beter dan voorzien in de Ontwerpbegroting 2008. Dit is het gevolg van hogere premieontvangsten in beide jaren, van lagere uitgaven in 2007 en hogere uitgaven in 2008. In 2009 daalt het negatieve saldo tot € 1,9 miljard.

Het schetsen van een beeld van het AWBZ-fonds voor de jaren na 2009 is lastig omdat een actuele doorrekening van het CPB ontbreekt. Er is daardoor geen actueel beeld van de premieplichtige inkomens. Als op basis van de middellange termijn raming (MLT) van het CPB uit september 2007 een inschatting wordt gemaakt van de premie-inkomsten in 2010 en 2011 (bij een constante premie van 12,15%) dan resulteren er in beide jaren negatieve saldi in het fonds, zij het kleinere dan in 2009. Hierdoor resulteert er naar huidige inschatting een vermogenstekort in het AFBZ van circa € 8 miljard in 2011.

Zoals hiervoor is gemeld wordt het geld van het AFBZ aangehouden in 's Rijks schatkist. Het AFBZ kan daardoor altijd aan zijn verplichtingen voldoen, want de schatkist voorziet het AFBZ van geld. De negatieve exploitatiesaldo van het AFBZ tellen wel mee bij de bepaling van het EMU-saldo, maar bij het opstellen van de raming van zowel de AWBZ-uitgaven als het EMU-saldo is daarmee rekening gehouden. Overigens was in de doorrekening van het regeerakkoord door het CPB in september 2007 nog een vermogenstekort in het AFB voorzien van meer dan € 10 miljard. Dat paste ook toen binnen de budgettaire doelstellingen van het kabinet.

6. Ontwikkeling van de kapitaallasten in de zorg

Binnen de cure en de care ontvangen de gebudgetteerde instellingen in de ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg in het budget een vergoeding voor kapitaallasten. Deze vergoeding is momenteel grotendeels afhanke-

Financieel beeld zorg

lijk van het investeringsgedrag van de instelling. Dit investeringsgedrag is gereguleerd door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Voor de ziekenhuizen zal een systeem ingevoerd worden van bekostiging op basis van integrale tarieven. Dit is bedoeld om de instellingen in staat te stellen om zelf optimale invloed op de (eigen) inzet van kapitaal uit te oefenen. Een en ander is uitgebreider beschreven in de brief aan de Tweede Kamer Met Zorg Ondernemen, (TK 2006/2007, 27 659, nr. 84). Hiermee vervalt ook het vergunningensysteem met door het door het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) goed te keuren bouwprojecten en gegarandeerde financiering (het bouwregime). Het bouwregime voor de ziekenhuizen is reeds vanaf 1 januari 2008 afgeschaft. Per 2009 zal dat ook gebeuren voor de psychiatrische ziekenhuizen en de AWBZ-instellingen. De regelgeving rond bouwprojecten zal hierdoor aanzienlijk worden gereduceerd.

Instandhoudingsbouw

Voor de jaarlijkse vergunningsplichtige instandhoudingsinvesteringen ontvangen de instellingen elk jaar een vast bedrag in het budget. Op het moment dat een instelling instandhoudingsinvesteringen daadwerkelijk realiseert, worden de bijbehorende exploitatielasten aan het budget van de instelling toegevoegd.

In afwachting van de vormgeving van de nieuwe systematiek zijn in de onderstaande tabellen de exploitatiekaders en de exploitatiegevolgen van het huidige bouwprogramma conform de huidige systematiek weergegeven.

Tabel 10 geeft het huidige exploitatiekader weer per sector voor de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw.

Tabel 10 Exploitatiekader vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2007 (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ziekenhuizen	29,8	28,5	22,2	32,7	24,5	13,4	14,4
Verpleging en verzorging	74,7	108,2	45,8	12,5	1,5	21,2	6,8
Geestelijke gezondheidszorg	7,4	44,9	31,6	15,1	15,1	15,1	16,1
Gehandicaptenzorg	13,6	15,2	9,5	9,5	9,5	9,5	10,5
Totaal	125,5	196,7	109,0	69,8	50,6	59,1	47,8

Bron: VWS

De raming exploitatielasten van het actuele bouwprogramma voor de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw zijn per sector weergegeven in tabel 11.

Tabel 11 Raming exploitatielasten vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (enkelvoudig) prijspeil 31 december 2007 (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ziekenhuizen	29,8	28,5	22,2	32,7	52,7		
Verpleging en verzorging	74,3	107,2	45,6	12,4	1,5	49,8	49,1
Geestelijke gezondheidszorg	7,6	14,3	11,1	18,0	7,0	1,2	
Gehandicaptenzorg	13,5	20,8	11,7	13,7	14,9	17,4	9,1
Totaal	125,2	170,7	90,6	76,8	76,1	68,4	58,2

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 2008 tot aan de stand ontwerpbegroting 2009 opgenomen. Daarna worden de belangrijkste nieuwe mutaties toegelicht.

Begrotingsuitgaven

De mutaties van de begrotingsuitgaven zijn toegelicht voor zover de kasbedragen in 2009 beleidsmatig relevant zijn.

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).
- 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 2007.
- 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 wordt ook wel financieringsschuif genoemd en 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 2007 en de 1e suppletore wet

Verdiepingshoofdstuk

2008. Indien nodig worden ook één of meer belangrijke mutaties uit het Jaarverslag 2007 en de 1e suppletore wet 2008 genoemd en inhoudelijk toegelicht.

Beleidsartikel 41: Volksgezondheid

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	570 698	555 155	587 741	578 219	578 161	578 161
Mutatie NvW 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2008	500	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	9 854	10 576	6 450	8 142	7 735	5 261
Nieuwe mutaties	24 996	37 239	40 482	35 748	34 639	33 707
Stand ontwerpbegroting 2009	606 048	602 970	634 673	622 109	620 535	617 129

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	12 323	16 723	20 223	15 623	15 623	15 623
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	0	4 500	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	947	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2009	13 270	21 223	20 223	15 623	15 623	15 623

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Loonbijstelling tranche 2008	13 027	12 655	12 713	12 766	12 766	12 765
Envelope middelen CBRN. Middelen worden ingezet voor het nemen van weerstandsverhogende maatregelen gericht op het verminderen of voorkomen van de kans dat personen of groeperingen zich ongewenst toegang verschaffen tot chemische, biologische, radioactieve en/of nucleaire agentia.	5 700	11 300	11 300	11 300	11 300	5 700
Extrapolatie 2013 Screeningsprogramma. Verhoging van het budget om in te kunnen spelen op demografische en technologische ontwikkelingen bij screeningsprogramma's. Jaarlijkse verhoging met 3% is naar analogie van BKZ-extrapolatie.	0	0	0	0	0	5 361
HPV-vaccinatie. Overboeking vanuit de premie m.b.t. het toevoegen van de HPV-vaccin aan het Rijksvaccinatieprogramma: Het betreft de kosten voor de invoer van het HPV-vaccin voor o.a. het instellen van een nieuw contactmoment, communicatie en surveillance.		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Premie-uitgaven							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2008							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2008	104,7	104,2	103,5	102,9	102,5	102,5	102,5
Mutaties Jaarverslag 2007 / 1e SW – 2008	5,5	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Nieuwe mutaties		3,9	- 2,1	- 2,2	- 2,2	- 2,2	- 2,2
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	110,2	114,1	107,4	106,7	106,3	106,3	106,3
B. Financiering							
AWBZ	109,8	101,7	107,4	106,7	106,3	106,3	106,3
Mutatie financieringsachterstand	0,4	12,4					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	109,8	101,7	107,4	106,7	106,3	106,3	106,3
BKZ-ontvangsten							
Netto BKZ-uitgaven	109,8	101,7	107,4	106,7	106,3	106,3	106,3

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mogelijke opname HPV-vaccin in Rijksvaccinatieprogramma. De HPV vaccinatie is ter voorkoming van baarmoederhalskanker, tevens komt er mogelijk een inhaalprogramma voor 13 t/m 16 jarigen.			pm	pm	pm	pm	pm
Conform de aanbeveling van de World Health Organization voor universele vaccinatie tegen hepatitis B, willen we bij een positief advies van de Gezondheidsraad hepatitis B vaccinatie opnemen in het RVP, mits budgettair inpasbaar.			pm	pm	pm	pm	pm
Overheveling van de prenatale zorg naar de brede doeluitkering door gemeenten vanaf 1 januari 2009.			- 5,8	- 5,8	- 5,8	- 5,8	- 5,8
Toedeling van een correctie op de middelen die eerder voor de jaarlijkse indexering van budgetten en tarieven voor de loonkostenstijging, de ova, waren gereserveerd. Dit betreft de jaren 2008 e.v..		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2008–2013. De tranche 2008 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		3,8	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5

Beleidsartikel 42: Gezondheidszorg

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	6 914 053	7 137 669	7 334 256	7 746 230	8 189 609	8 189 609
Mutatie NvW 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2008	4 000	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	- 58 796	11 821	19 972	16 394	11 775	9 767
Nieuwe mutaties	- 64 577	20 727	371 561	375 791	313 273	794 684
Stand ontwerpbegroting 2009	6 794 680	7 170 217	7 725 789	8 138 415	8 514 657	8 994 060

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	46 303	33 466	37 121	21 627	6 806	6 806
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	- 2 241	- 524	3 663	5 232	0	0
Nieuwe mutaties	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2009	44 062	32 942	40 784	26 859	6 806	6 806

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Loonbijstelling tranche 2008	31 751	32 061	32 738	32 933	33 258	33 258
Capaciteitsplan. Naar aanleiding van het kabinetstandpunt op het capaciteitsplan 2008 zijn extra middelen beschikbaar gesteld om de op basis van dit standpunt benodigde aantallen opleidingsplaatsen te kunnen financieren	0	12 100	22 800	33 000	37 600	41 900
Bijstelling van de Rijksbijdrage Zvw (ten behoeve van kinderen tot 18 jaar) n.a.v. actuele ramingen van het CPB (de MEV)	300	- 77 600	- 45 000	- 55 900	- 95 000	45 100
Bijstelling van de uitgavenraming Zorgtoeslag n.a.v. actuele ramingen van het CPB (het CEP)	0	- 73 446	0	0	0	0
Bijstelling van de uitgavenraming Zorgtoeslag n.a.v. actuele ramingen van het CPB (de MEV). Dit betreft onder andere het effect van het aanpassen van het percentage van het wettelijk minimumloon (wml) van 3,5% naar 2,85%	- 101 923	233 929	460 770	458 053	452 741	805 416
Wtcg: Bijstelling raming Zorgtoeslag op grond van hogere inkomens door vervallen aftrek	0	- 119 000	- 132 230	- 134 484	- 136 794	- 139 150
Prijsbijstelling tranche 2008 voor het opleidingsfonds	5 974	6 024	6 094	6 110	6 110	6 110
Enveloppe middelen: maatschappelijke innovatie. Dit betreft de overboeking van de middelen voor de Maatschappelijke Innovatie Agenda Gezondheid (tranche 2008 en 2009) die op de aanvullende post stonden gereserveerd	4 000	14 000	14 000	14 000	14 000	0

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Premie-uitgaven							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2008							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2008	26 652,9	30 052,0	31 117,9	32 241,0	33 308,8	33 305,8	33 305,8
Mutaties Jaarverslag 2007 / 1e SW – 2008	- 195,7	8,7	- 4,9	35,9	51,6	51,2	52,3
Nieuwe mutaties	- 17,3	662,1	482,9	507,4	637,9	706,6	744,2
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	26 439,9	30 722,8	31 595,9	32 784,3	33 998,3	34 063,6	34 102,3
B. Financiering							
AWBZ	278,5	179,4	187,8	196,8	204,3	204,4	204,4
Zvw	26 176,7	30 523,6	31 408,1	32 587,5	33 794,0	33 859,2	33 897,9
Mutatie financieringsachterstand	- 15,3	19,8					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	26 455,2	30 703,0	31 595,9	32 784,3	34 998,3	34 063,6	34 102,3
BKZ-ontvangsten							
Netto BKZ-uitgaven	26 455,2	30 703,0	31 595,9	32 784,3	34 998,3	34 063,6	34 102,3

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ zijn de uitgaven, het bouwprogramma en de kapitaallastenraming 2007 geactualiseerd. Uit deze actualisatie volgt per saldo een meevaller van € 170,5 mln in 2009.	- 19,0	- 174,6	- 170,5	- 145,2	- 12,6	21,9	58,3
In het recentelijk door het RIVM opgestelde rapport «Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid 2008» zijn de benodigde ambulancecapaciteit en spreiding berekend om binnen 15 minuten 97% van de bevolking met een ambulance te kunnen bereiken. In het kader hiervan zijn extra middelen beschikbaar gesteld die oplopen van € 5 mln in 2008 en € 12 mln in 2009 tot € 18 mln structureel met ingang van 2010. € 5 mln, is bij de Eerste suppletore wet 2008 verwerkt.			7,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Na een pilot is de wenselijkheid van de nachtzet van Mobiele Medische Teams (MMT's) en traumahelikopters positief geëvalueerd. Besloten is derhalve om hiervoor in 2008 € 3,3 mln en met ingang van 2009 structureel € 5,4 mln extra beschikbaar te stellen. € 3,3 mln, is bij de Eerste suppletore wet 2008 verwerkt.			2,1	2,1	2,1	2,1	2,1

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Per 1 januari 2009 wordt de diagnose en behandeling van ernstige dyslexie in het Zvw-pakket opgenomen. In 2009 geldt de vergoeding uitsluitend voor kinderen van 7 of 8 jaar, de jaren daarna wordt de doelgroep stapsgewijs uitgebreid naar alle kinderen van de basisschool (van 7 jaar en ouder).			27,9	29,3	30,7	32,1	33,5
Betreft verbetering van de verslavingszorg, door de diagnostiek en zorg bij methadonbehandeling te versterken met inzet van extra verpleegkundigen bij de methadonposten. De maatregel is een uitvloeisel van een opgestelde behandelrichtlijn. Deze middelen komen bovenop het structurele bedrag van € 7,5 mln vanaf 2008, dat bij de Eerste suppletore wet 2008 is verwerkt.			7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Conform het pakketadvies van het CVZ wordt de vergoeding van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen) uit het Zvw-pakket gehaald, met uitzondering van enkele specifieke indicaties. De netto-opbrengst van deze maatregel is € 70 mln.			- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0
Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009: een afspraak over het verder reduceren van bonussen en kortingen door middel van structurele prijsverlagingen, leidend tot een financiële taakstelling voor 2009 van € 456 mln. De mutatie betreft de toename van de taakstelling ten opzichte van de taakstelling 2008 (€ 340 mln).			- 116,0	- 116,0	- 116,0	- 116,0	- 116,0
Aanvullende overheveling naar de begroting van het ministerie van Justitie in verband met de overgang van forensische zorg. Deze aanvulling betreft o.a. de middelen voor een tweetal instellingen die bij de vaststelling van de oorspronkelijke overheveling (Hoeve Bosschoord en Tactus) niet waren meegenomen, een aanvulling op basis van nader onderzoek naar forensische zorg en de exploitatiegevolgen in de komende jaren van door VWS vóór 1 januari 2007 goedgekeurde bouwplannen.		- 38,7	- 43,7	- 51,9	- 57,5	- 57,5	- 57,5
Pakketadvies (1/3): conform het pakketadvies van het CVZ wordt de vergoeding van enkele hulpmiddelen uit het Zvw-pakket gehaald. Het betreft fax-apparatuur voor auditief gehandicapten, allergeenvrije/stofdichte hoezen en stoelen met uitsluitend een sta-opfunctie.			- 22,0	- 23,1	- 24,3	- 25,5	- 26,8

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pakketadvies (2/3): naar aanleiding van het pakketadvies van het CVZ is besloten de voorwaarden voor vergoeding van cholesterolverlagers aan te passen aan de richtlijn van de beroepsgroep. Dit sluit aan bij onze langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid. Met deze maatregel wordt een besparing bereikt van € 32 mln in 2009, oplopend naar structureel € 97 mln vanaf 2011.			- 32,0	- 65,0	- 97,0	- 97,0	- 97,0
Pakketadvies (3/3): op basis van het pakketadvies van het CVZ is besloten de vergoeding van intracaverneus fentolamine/papaverine ter behandeling van erectiestoornissen uit het Zvw-pakket te halen.			- 1,0	- 1,0	- 1,0	- 1,0	- 1,0
Met betrekking tot de bekostiging van huisartsenzorg, zijn wij in gesprek met de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland over hoe de uitgaven aan huisartsenzorg met ingang van 2009 beheerst kan worden.			pm	pm	pm	pm	pm
Om de bloedveiligheid te garanderen dienen testen te voldoen aan de laatste stand van de wetenschap en daarbij de risico's van besmetting uit te sluiten. Hiervoor is het nodig om naast het invoeren van noodzakelijke testen ook de kennis door middel van onderzoek te blijven onderhouden en tevens de productstandaarden op het hoogste niveau te onderhouden en te ontwikkelen. Om dat hoogste niveau blijvend te kunnen behalen is een intensivering van het onderzoeksbudget noodzakelijk.			2,6	3,8	5,0	6,2	7,4
Per 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ overgeheveld uit de AWBZ naar de Zvw. Op basis van onlangs van de NZa ontvangen gegevens met betrekking tot realisatiecijfers 2007 is de in de GGZ aangebrachte afbakening tussen Zvw en AWBZ geactualiseerd. Als gevolg hiervan vindt een additionele verschuiving plaats van artikel 43 (AWBZ) naar artikel 42 (Zvw).		17,3	17,3	17,3	17,3	17,3	17,3
Toedeling van een correctie op de middelen die eerder voor de jaarlijkse indexering van budgetten en tarieven voor de loonkostenstijging, de ova, waren gereserveerd. Dit betreft de jaren 2008 e.v..		11,4	11,7	11,8	11,7	11,7	11,7
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2008-2013. De tranche 2008 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		846,8	859,9	892,5	926,7	959,5	959,4

Beleidsartikel 43: Langdurige zorg

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	5 068 868	5 173 986	5 251 965	5 342 240	5 339 778	5 339 778
Mutatie NvW 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	210 978	- 678	- 9 307	- 16 556	845	845
Nieuwe mutaties	39 595	235 308	583 295	544 023	523 179	582 573
Stand ontwerpbegroting 2009	5 319 441	5 408 616	5 825 953	5 869 707	5 863 802	5 923 196

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008						
Nieuwe mutaties						
Stand ontwerpbegroting 2009	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Loonbijstelling tranche 2008	11 885	12 151	12 706	12 104	8 097	8 095
Bijstelling van de Rijksbijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. de actuele ramingen van het CPB (het CEP)	0	194 700	181 900	186 800	190 800	274 100
Bijstelling van de Bijdrage in kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. de actuele ramingen van het CPB (de kMEV)	10 391	44 072	0	0	0	0
Bijstelling van de Bijdrage in kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. de actuele ramingen van het CPB (de cMEV)	12 609	5 628	111 900	120 300	160 400	194 900
Bijstelling van de Bijdrage in kosten van kortingen (BIKK) n.a.v. de actuele ramingen van het CPB (de MEV)	5 800	- 20 000	- 103 500	- 164 800	- 230 600	- 294 000
Wtcg: Forfaits chronisch zieken en gehandicapten	0	0	340 540	349 485	354 078	358 666
Wtcg: Tegemoetkoming specifieke zorgkosten	0	0	40 000	40 400	40 804	41 212

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Premie-uitgaven							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2008							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2008	22 542,2	20 150,0	20 522,2	21 044,0	21 623,6	21 621,2	21 621,2
Mutaties Jaarverslag 2007 / 1e SW – 2008	35,8	- 113,1	80,6	80,6	80,6	80,6	80,7
Nieuwe mutaties	- 135,9	822,1	1 177,7	624,8	842,1	1 128,3	1 202,9
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	22 442,1	20 859,0	21 780,5	21 749,4	22 546,3	22 830,1	22 904,8
B. Financiering							
AWBZ	22 433,3	21 097,2	21 780,5	21 749,4	22 546,3	22 830,1	22 904,8
Particuliere verzekering	1,8	1,4					
Mutatie financieringsachterstand	7,0	- 239,6					
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	22 435,1	21 098,6	21 780,5	21 749,4	22 546,3	22 830,1	22 904,8
BKZ-ontvangsten							
Netto BKZ-uitgaven	22 435,1	21 098,6	21 780,5	21 749,4	22 546,3	22 830,1	22 904,8

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Op basis van de gegevens van de NZa en het CVZ zijn de uitgaven, het bouwprogramma en de kapitaallastenraming 2007 geactualiseerd. Uit deze actualisatie volgt per saldo een meevaller van € 82,7 mln in 2009	- 135,9	- 120,4	- 82,7	- 20,9	12,5	100,9	175,4
Aanvullende overheveling naar de begroting van het ministerie van Justitie in verband met de overgang van forensische zorg. Deze aanvulling betreft o.a. de middelen voor een tweetal instellingen die bij de vaststelling van de oorspronkelijke overheveling (Hoeve Bosschoord en Tactus) niet waren meegenomen, een aanvulling op basis van nader onderzoek naar forensische zorg en de exploitatiegevolgen in de komende jaren van door VWS vóór 1 januari 2007 goedgekeurde bouwplannen.		- 19,1	- 19,8	- 21,0	- 33,7	- 33,7	- 33,7
Ondersteunende, activerende begeleiding en behandeling worden omgevormd tot twee functies: begeleiding en behandeling. De aanspraak begeleiding geldt vanaf 1 januari 2009 alleen voor mensen met ernstige beperkingen die zonder deze begeleiding niet (langer) in staat zijn om zelfstandig te blijven wonen of naar school te gaan.			- 91,0	- 712,0	- 776,0	- 840,0	- 840,0

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
De PGB-regeling kent een sterke groei. Volgens de huidige inzichten zal de instroom in de regeling groter zijn dan waarmee in de ramingen rekening is gehouden.		31,0	388,0	593,0	835,0	1 076,0	1 076,0
Verbetering kwaliteit gehandicaptenzorg. N.a.v. het rapport «Gehandicaptenzorg onder druk» door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden er extra middelen beschikbaar gesteld voor de kwaliteit van de zorg voor gehandicapten.			42,0	72,0	72,0	72,0	72,0
Invoering van een systeem van best practices is volgens de NZa niet mogelijk per 1 januari 2009. Invoering is nu voorzien per 2010. Dit leidt tot een incidentele mee- en tegenvaller in 2008 en 2009.		- 35,0	40,0				
De maatregel om per 1 januari 2008 om alle ondersteunende begeleiding voor mensen met een somatische grondslag af te schaffen wordt geïntegreerd in de nieuwe pakketregel begeleiding. Daarom moeten alle huidige gebruikers worden geherindiceerd. Dit brengt met zich mee dat een deel van deze groep alsnog zijn aanspraak behoudt en dat de resterende groep pas in de loop van 2009 zijn recht op OB verliest (in plaats van per 1 januari 2009).			200,0				
Per 1 januari 2009 worden de gemeenten tegemoet gekomen voor het schrappen van psychosociale grondslag voor de functie ondersteunende begeleiding (algemeen). Verder wordt er 36 mln naar de VWS-begroting overgeheveld.			- 53,0	- 53,0	- 53,0	- 53,0	- 53,0
Gewenningsregeling op de overgangsregeling ZmV. De kosten van het CAK ten behoeve van de uitvoering van de gewenningsbijdrage in de eerste maanden van 2008 bedragen € 3,8 mln, dit onder gelijkmatige verhoging van de ontvangsten.		3,8					
Per 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ overgeheveld uit de AWBZ naar de Zvw. Op basis van onlangs van de NZa ontvangen gegevens met betrekking tot realisatiecijfers 2007 is de in de GGZ aangebrachte afbakening tussen Zvw en AWBZ geactualiseerd. Als gevolg hiervan vindt een additionele verschuiving plaats van artikel 43 (AWBZ) naar artikel 42 (Zvw).		- 17,3	- 17,3	- 17,3	- 17,3	- 17,3	- 17,3
De invoering van de Wtcg gaat gepaard met uitvoeringskosten, met name bij het CAK dat de forfaits zal uitkeren en de korting op de eigen bijdrage AWBZ en Wmo zal verwerken.			15,0	15,0	15,0	15,0	15,0

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Toedeling van een correctie op de middelen die eerder voor de jaarlijkse indexering van budgetten en tarieven voor de loonkostenstijging, de ova, waren gereserveerd. Dit betreft de jaren 2008 e.v..		14,8	14,8	14,5	14,5	14,5	14,5
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2008–2013. De tranche 2008 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		723,1	745,2	758,0	776,5	797,3	797,4

Beleidsartikel 44: Maatschappelijke ondersteuning

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	535 532	536 777	535 436	531 944	530 503	530 503
Mutatie NvW 2008	40 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Mutatie amendement 2008	10 000	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	1 178	85	71	71	71	71
Nieuwe mutaties	14 685	54 631	55 383	55 202	55 054	55 054
Stand ontwerpbegroting 2009	601 395	601 493	600 890	597 217	595 628	595 628

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008						
Nieuwe mutaties						
Stand ontwerpbegroting 2009	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Loonbijstelling tranche 2008	14 090	14 129	14 085	14 014	13 966	13 966
Enveloppe middelen Veiligheid. De tranche 2009 vanuit de enveloppe «capaciteit veiligheidsketen» en preventie wordt ingezet voor de verbetering van de opvang en hulpverlening aan slachtoffers van eengerelateerd geweld en huiselijk geweld. De Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld zullen worden versterkt en het aantal opvangplaatsen voor slachtoffers van eengerelateerd geweld, huiselijke geweld en mensenhandel wordt uitgebreid.	0	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
Amendement 7: ongewenste zwangerschap tieners. Door het amendement Wiegman-Van Meppelen Scheppink is er € 10 miljoen beschikbaar gesteld voor een eenmalige impuls voor preventie, onderzoek, hulpverlening en opvang gericht op ongewenste zwangerschap bij tieners. Voor dit bedrag zullen een aantal projecten worden gesubsidieerd en zal er een impuls worden gegeven aan de hulpverlening en opvang van tienermoeders door een deel van de middelen toe te voegen aan de doeluitkering vrouwen-opvang.	10 000	0	0	0	0	0

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Premie-uitgaven							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2008							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2008	160,1	163,5	167,2	171,0	175,1	175,1	175,1
Mutaties Jaarverslag 2007 / 1e SW – 2008	6,0	2,6	- 1,1	- 4,9	- 9,0	- 9,0	- 9,0
Nieuwe mutaties		6,1	6,2	6,4	6,5	6,7	6,7
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	166,1	172,2	172,3	172,5	172,6	172,8	172,8
B. Financiering							
AWBZ	166,1	172,2	172,3	172,5	172,6	172,8	172,8
Mutatie financieringsachterstand							
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	166,1	172,2	172,3	172,5	172,6	172,8	172,8
BKZ-ontvangsten							
Netto BKZ-uitgaven	166,1	172,2	172,3	172,5	172,6	172,8	172,8

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Toedeling van een correctie op de middelen die eerder voor de jaarlijkse indexering van budgetten en tarieven voor de loonkostenstijging, de ova, waren gereserveerd. Dit betreft de jaren 2008 e.v..		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2008–2013. De tranche 2008 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		6,0	6,1	6,3	6,4	6,6	6,6

Beleidsartikel 46: Sport

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	117 444	121 297	121 582	114 951	114 951	114 951
Mutatie NvW 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	- 11 045	1 000	1 000	1 000	0	0
Nieuwe mutaties	3 101	15 337	13 862	13 258	13 376	13 375
Stand ontwerpbegroting 2009	109 500	137 634	136 444	129 209	128 327	128 326

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	870	870	870	870	870	870
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	155	0	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerpbegroting 2009	1 025	870	870	870	870	870

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Loonbijstelling tranche 2008	3 381	3 505	3 515	3 327	3 328	3 327
Enveloppe Sport tranche 2009. De middelen worden ingezet om te zorgen dat jongeren dagelijks kunnen sporten en bewegen, binnen en buiten de schooluren. Daartoe wordt geïnvesteerd in combinatiefuncties sport, onderwijs en naschoolse opvang. Daardoor worden sportverenigingen 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.	0	7 500	7 500	7 500	7 500	7 500
Enveloppe Sport tranche 2009. 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 talentcoaching, evenals op het leveren van een duurzame bijdrage aan hoogwaardige (internationale) trainings- en wedstrijdprogramma's.	0	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500

Beleidsartikel 47: Oorlogsgetroffenen en herinneringen WO II

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	388 402	376 621	357 438	341 728	328 528	328 528
Mutatie NvW 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	22 684	11 782	11 479	10 425	10 315	- 2 328
Nieuwe mutaties	1 569	1 558	1 409	1 306	1 306	1 306
Stand ontwerpbegroting 2009	412 655	389 961	370 326	353 459	340 149	327 506

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008						
Nieuwe mutaties						
Stand ontwerpbegroting 2009	0	0	0	0	0	0

Niet-beleidsartikel 98: Algemeen

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	296 514	295 498	285 883	276 938	277 198	277 198
Mutatie NvW 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	11 857	5 331	1 828	641	- 5 093	- 4 035
Nieuwe mutaties	17 595	9 407	8 070	8 665	7 454	7 454
Stand ontwerpbegroting 2009	325 966	310 236	295 781	286 244	279 559	280 617

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	3 380	3 380	3 380	3 380	3 380	3 380
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	0	0	0	0	0	0
Nieuwe mutaties	0	700	700	700	700	700
Stand ontwerpbegroting 2009	3 380	4 080	4 080	4 080	4 080	4 080

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Project herhuisvesting IGZ vanaf 2009. De IGZ heeft een specifieke opdracht gekregen in het kader van de taakstelling Balkenende-II. Daartoe is een plan van aanpak opgesteld dat onder meer een nieuwe werkwijze met een nieuw kantoorconcept en de herlocatie van een groot aantal medewerkers behelst. Een en ander is neergelegd in het project herhuisvesting dat voorziet in de verhuizing van het hoofdkantoor naar Utrecht, een vermindering van het aantal regionale kantoren en een ombouw van de kantoren volgens het nieuwe kantoorconcept. Deze uitgaven zijn bestemd voor de herinrichting van een nieuw pand in Utrecht en de herhuisvesting van de vestiging in Rijswijk.	0	3 500	1 500	1 500	1 000	1 000
Overboeking naar het ministerie van Financiën in verband met de overdracht van de AD naar de Rijksauditedienst.	0	- 3 372	- 3 163	- 2 746	- 2 744	- 2 744

Niet-beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien

Begroting

Opbouw uitgaven x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	- 42 118	- 38 548	- 32 672	- 36 034	- 8 507	- 8 507
Mutatie NvW 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie amendement 2008	- 4 500	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008	108 104	113 716	109 935	109 205	100 602	97 383
Nieuwe mutaties	- 99 014	- 113 223	- 117 336	- 114 768	- 101 794	- 96 190
Stand ontwerpbegroting 2009	- 37 528	- 38 055	- 40 073	- 41 597	- 9 699	- 7 314

Opbouw ontvangsten x € 1 000						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stand ontwerpbegroting 2008	0	0	0	0	0	0
Mutatie 1e suppletore begroting 2008						
Nieuwe mutaties						
Stand ontwerpbegroting 2009	0	0	0	0	0	0

Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties (bedragen x € 1000)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Loonbijstelling tranche 2008	- 131 532	- 130 828	- 132 559	- 132 529	- 128 795	- 128 791
Loonbijstelling tranche 2008 (aanvullend)	- 8 188	- 7 945	- 8 016	- 7 750	- 7 784	- 7 784
Prijsbijstelling tranche 2008 voor het opleidingsfonds	- 5 974	- 6 024	- 6 094	- 6 110	- 6 110	- 6 110
Loonbijstelling tranche 2008 (corrigerend deel programma -ministerie J&G)	52 887	51 867	52 530	53 310	53 302	53 302
Overboeken Enveloppe middelen CBRN naar artikel 41	- 5 700	- 11 300	- 11 300	- 11 300	- 11 300	- 5 700
Overboeken middelen uit het coalitieakkoord naar artikel 41 t/m 98 ter dekking van begrotingsproblematiek	0	- 6 030	- 4 405	- 2 080	0	0
Overboeken middelen uit het coalitieakkoord naar artikel 41 t/m 98 ter dekking van begrotingsproblematiek	0	0	- 6 090	- 6 934	0	0

Verdiepingshoofdstuk

Premie

Premie-uitgaven							
Uitgaven (x € 1 000 000)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A. Opbouw uitgaven vanaf ontwerp-begroting 2008							
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2008	- 26,6	1 640,4	3 360,4	5 008,2	6 970,7	10 794,6	10 794,6
Mutaties Jaarverslag 2007 / 1e SW – 2008	80,6	- 57,8	83,4	44,8	- 133,6	164,8	4 532,9
Nieuwe mutaties	- 8,4	- 1 489,6	- 1 479,1	- 1 488,3	- 1 616,2	- 1 755,2	- 1 854,8
Uitgavenniveau stand ontwerp-begroting 2009	45,6	93,0	1 964,7	3 564,7	5 220,9	9 204,2	13 472,7
B. Financiering							
AWBZ	- 1 657,5	- 1 709,3	- 750,8	- 114,2	358,6	1 927,2	3 580,7
Eigen betaling AWBZ	1 657,5	1 731,6	1 622,3	1 583,2	1 773,3	1 824,0	1 894,4
Eigen betalingen Zvw	2 047,0	1 310,7	1 371,2	1 463,4	1 552,9	1 648,0	1 744,4
Zvw	- 2001,4	- 1 240,0	- 278,0	632,3	1 536,1	3 805,0	6 253,2
Mutatie financieringsachterstand							
C. Aansluiting op Budgettair Kader Zorg							
Bruto BKZ-uitgaven	45,6	93,0	1 964,7	3 564,7	5 220,9	9 204,2	13 472,7
BKZ-ontvangsten	3 704,5	3 042,3	2 993,5	3 046,6	3 326,2	3 472,0	3 638,8
Netto BKZ-uitgaven	- 3 658,9	- 2 949,3	- 1 028,8	518,1	1 894,7	5 732,2	9 833,9

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Deze reeks is met name het resultaat van de actualisatie van het bouwprogramma en de kapitaallastenraming, mede op basis van nieuwe realisatiecijfers, en verwerking van op de aanvullende post gereserveerde middelen.	- 6,7	119,3	109,2	137,7	39,9	- 61,4	- 164,8
Gereserveerde middelen voor opname van kosteneffectieve preventieve interventies (ondersteuning stoppen met roken, beweegkuur, zelfmanagement chronische ziekten en depressiepreventie) in het basispakket van de Zvw. Via de begroting lopen thans pilottrajecten hiervoor.				25,9	37,9	50,0	50,0
Conform het advies over het macrobudget huishoudelijke Wmo-hulp voor 2009 wordt er voor indexatie een percentage van 6,15 toegekend, waarvan 2,39 voor de volumecomponent (reële indexatie) en 3,67 voor de prijscomponent (nominale indexatie).			- 78,8	- 78,8	- 78,8	- 78,8	- 78,8
De raming van de loon- en prijsbijstelling is aangepast op basis van de meest recente macro-economische inzichten in de Macro Economische Verkenning 2009 van het Centraal Planbureau (CPB).			90,8	142,1	160,7	164,7	168,4

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke nieuwe mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Toedeling van een correctie op de middelen die eerder voor de jaarlijkse indexering van budgetten en tarieven voor de loonkostenstijging, de ova, waren gereserveerd. Dit betreft de jaren 2008 e.v..		- 28,1	- 29,2	- 29,8	- 30,6	- 31,4	- 31,4
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op nominaal en onvoorzien. Daar staat de raming voor 2008–2013. De tranche 2008 wordt nu toebedeeld aan de sectoren (onder gelijkmatige verlaging van artikel 99).		- 1 579,7	- 1 614,8	- 1 660,3	- 1 713,1	- 1 766,9	- 1 766,9

Toelichting belangrijke ontvangsten mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Voor de intramurale eigen bijdrage AWBZ is de overgangsmaatregel per 1 januari 2008 beëindigd. Eind 2007 bleken de inkomenseffecten daarvan groter dan eerder verwacht. Met het oog daarop is voor de eerste maanden in 2008 een overgangsmaatregel (gewinningsbijdrage) in het leven geroepen. Het kostenplaatje daarvan was € 20 mln, die volledig werden gedekt uit de verwachte hogere eigen bijdragen (structureel € 20 mln).			20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
De invoering van een vermogensinkomensbijtelling bij de vaststelling van de eigen bijdragen wordt om uitvoeringstechnische redenen een half jaar uitgesteld. Dit leidt tot een lagere opbrengst van eigen bijdragen van € 40 mln. Per 1 januari 2010 worden eigen bijdragen ingevoerd bij de nieuwe functie begeleiding.			- 40,0	87,0	96,0	105,0	105,0
Uitbreiding compensatie verplicht eigen risico (DKG's). De no-claim in de Zvw is per 1 januari 2008 vervangen door een eigen risico. Bepaalde groepen met meerjarig onvermijdbare kosten ontvangen daarvoor een specifieke compensatie. Met ingang van 2009 wordt deze groep uitgebreid met verzekerden die in twee achtereenvolgende jaren in een Diagnose Kostengroep (DKG) zijn ingedeeld.			- 2,5	- 2,6	- 2,7	- 2,9	- 3,1

Verdiepingshoofdstuk

Toelichting belangrijke ontvangsten mutaties (bedragen x € 1 000 000)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<p>Verrekening eigen bijdragen Wmo. Door verschillen in de uitvoering bij het CAK van de regeling eigen bijdrage Wmo en de regeling eigen bijdrage intramuraal verblijf AWBZ zijn gemeenten € 3 mln aan eigen bijdragen misgelopen. De geraamde eigen bijdragen AWBZ worden hiervoor in 2008 en 2009 met € 3 mln verhoogd; de geraamde eigen bijdragen Wmo wordt met € 3 mln verlaagd en de integratieuitkering Wmo stijgt met € 3 mln. Vanaf 2010 is door het advies van de onafhankelijke derde aparte verrekening van de geïnde eigen bijdrage niet meer noodzakelijk.</p>		3,0	3,0				
<p>Gewenningsregeling op de overgangsregeling ZmV. De kosten van het CAK ten behoeve van de uitvoering van de gewenningsbijdrage in de eerste maanden van 2008 bedragen € 3,8 mln. In verband daarmee vindt een overheveling plaats naar artikel 43 (beheerskosten AWBZ).</p>		3,8					
<p>In het kader van de Wtcg vinden enkele wijzigingen plaats in de eigen bijdrage AWBZ en Wmo. Veruit de belangrijkste is de introductie van een korting op de eigen bijdragen. De korting op de eigen bijdrage extramuraal (AWBZ en Wmo) bedraagt 33%. De korting op de eigen bijdrage intramuraal bedraagt 8% voor 65-plussers en 16% voor 65-minners. De korting op de eigen bijdrage extramuraal 2009 wordt kasmatig uitgekeerd in 2010. Naast de kortingen wordt ook de inkomensgrens in de eigen bijdrage extramuraal voor 65-minners met € 5 000 verhoogd. Dit betekent dat het inkomen waarboven de eigen bijdrage begint mee te stijgen met dat inkomen wordt verhoogd. Hierdoor daalt de eigen bijdrage AWBZ. Dit gebeurt ook door de verlaging van het vrijlatingspercentage in de eigen bijdrage intramuraal.</p>			- 230,0	- 433,0	- 323,0	- 331,0	- 342,0

ZBO'S EN RWT'S

Artikel	Naam	ZBO	RWT	Begroting 2009
	Uit begrotingsmiddelen			
41	1. Zorg Onderzoek Nederland/ Medische Wetenschappen (ZonMw)	ZBO	RWT	1,7
41	2. Keuringsinstanties op grond van de Warenwet	ZBO		–
42	3. Stichting Koppeling	ZBO	RWT	–
42	4. Registratiecommissies en opleidingscolleges KNMG, KNMP en NMT	ZBO		0,7
42	5. Sanquin		RWT	177,4
42	6. Keuringsinstanties op grond van de Wet op de Medische Hulpmiddelen (KEMA)	ZBO		–
43	7. Stichting Fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen (PGO)	ZBO	RWT	–
43	8. Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	ZBO	RWT	146,6
44	9a. Sociale Verzekeringsbank (mantelzorgcompliment)	ZBO	RWT	0,5
42	9b. Sociale Verzekeringsbank (onverzekerden Zorg-verzekeringwet)	ZBO	RWT	6,1
44	10. Argonaut	ZBO		1,3
47	11. Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR)	ZBO	RWT	26,6
47	12. Commissie Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië/SAIP	ZBO		1,9
47	13. ZBO's Rechtsherstel (Het Gebaar en Sinti en Roma)	ZBO		–
98	14. Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek (CCMO), inclusief Medisch Ethische Commissies (METC's)	ZBO		1,5
98	15. Zorg ZBO's (NZa, CVZ, CBZ, CSZ)	ZBO	RWT	87,0
–	16. College ter beoordeling van Geneesmiddelen	ZBO		Zie par. aCBG
	Uit premiemiddelen			
42	17. Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS)	ZBO	RWT	16,7
42	18. Zorgverzekeraars Zvw		RWT	18 221,7
43	19. Stichting Uitvoering Omslagregelingen WTZ (SUO)	ZBO	RWT	–
43	20. Uitvoeringsorganen AWBZ inclusief CAK	ZBO	RWT	171,1

Toelichting

2. Er zijn circa 25 keuringsinstanties op grond van de Warenwet. Het betreft private organisaties die voor wat betreft de kwaliteit van hun werkzaamheden onder toezicht staan van de VWA. Zij ontvangen geen bijdrage uit de begroting van VWS.
3. De taken van de Stichting Koppeling worden na aanvaarding van het wetsvoorstel per 1 januari 2009 overgedragen aan het CVZ. Er is daarom geen budget meer voor de Stichting Koppeling geraamd.
6. Er is één keuringsinstantie op grond van de wet Medische Hulpmiddelen in Nederland, namelijk KEMA. KEMA ontvangt geen bijdrage uit de begroting van VWS, maar wordt volledig door de industrie bekostigd.
7. De taken van het Fonds PGO worden met ingang van 1 januari 2009 overgeheveld naar de baten-lastendienst CIBG.
13. De liquidatiedata van de Stichting Het Gebaar en de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma zijn verschoven naar 2009 en 2010. Mogelijk brengt dit extra uitvoeringskosten met zich mee. Deze zijn nog niet in de raming opgenomen.
18. Bij invoering van de Zvw is de WTZ 1998 ingetrokken. De SUO heeft tot zorgtaak de werkzaamheden die voortvloeien uit de wet af te wikkelen. Vanaf 2009 worden eventuele nog resterende werkzaamheden gedaan door het CVZ.

MOTIES

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Van Miltenburg/Smits over diagnostiek en behandeling van dyslexie	29 200 XVI, nr. 98	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 november 2007 (31 200 XVI, nr. 71)
Motie-Hermann over duidelijke vermelding alcoholpercentage en leeftijdsgrens op verpakking en intensivering leeftijdscontrole bij verkoop	27 565, nr. 5	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 20 november 2007 (27 565, nr. 35)
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	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 oktober 2007 (26 631, nr. 230)
Motie-Mosterd/Bakker over de eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg	30 131, nr. 76	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 juni 2008 (30 597, nr. 15)
Motie-Kant c.s. over een plan voor de implementatie van de Perinatale Audit	29 323, nr. 24	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 3 september 2007 (29 323, nr. 31)
Motie-Bussemaaker c.s. over een effectieve aanpak van stages en praktijkbegeleiding in de zorgopleidingen	30 800 XVI, nr. 75	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 5 november 2007 (29 282, nr. 46)
Motie-Bussemaaker/Omtzigt over het aantrekkelijker maken van werken in de zorg	30 800 XVI, nr. 76	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 5 november 2007 (29 282, nr. 46)
Motie-Van der Veen over het verruimen van de leeftijdsgrens voor tandheelkundige zorg voor jeugdigen van 18 naar 21 jaar	29 689, nr. 141	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 juli 2007 (29 689, nr. 147)
Motie-Buijs c.s. over inzicht in nieuwe criteria voor het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	29 359/28 494, nr. 86	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 3 juli 2008 (29 477, nr. 62)
Motie-Spies/Nijs over de plaats van de RMO binnen de rijksdienst	28 101, nr. 5	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 19 oktober 2006 (28 101, nr. 8)
Motie-Kraneveldt c.s. over aandacht voor kwaliteit en kwantiteit van gemeentelijke ondersteuning van het vrijwilligerswerk	30 131, nr. 93	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 oktober 2007 (30 169, nr. 11)
Motie-Ouwehand c.s. over openbaarmaking van de jaarverslagen van Dierexperimentencommissies	30 800-XVI, nr. 108	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 19 oktober 2007 (30 168 nr. 3/27 428)
Gewijzigde motie-Heerts/Omtzigt over het niet verstrekken van de zorgtoeslag aan wanbetalers	30 918, nr. 20	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 2 oktober 2007 (30 918, nr. 26)
Motie-Omtzigt/Heerts over een masterplan voor Nederlandse verzekerden in het buitenland en buitenlandse verzekerden in Nederland	30 918, nr. 16	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 21 november 2007 (30 918, nr. 27)
Motie-Omtzigt/Heerts over een oplossing voor mensen met een betalingsachterstand	30 918, nr. 15	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 12 november 2007 (29 689, nr. 43)
Motie-Omtzigt/Heerts over het individueel benaderen van mensen zonder zorgverzekering	30 918, nr. 14	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 4 maart 2008 (29 689, nr. 180)

Moties

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Kant over georganiseerde jeugdandzorg	30 800 XVI, nr. 84	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 25 oktober 2007 (29 689, nr. 158/31 200 XVI)
Motie-Van Miltenburg over de hoogte van nieuwe PGB's voor mensen met een verblijfsindicatie	26 631, nr. 218	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 30 juli 2007 (26 631, nr. 221)
Motie-Joldersma over een nadere omschrijving van de rookruimte in de horeca	30 800 XVI nr 161	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 4 oktober 2007 (31 200/22 894, nr. 7)
Motie-Timmer/Van der Staaij over afspraken over maatregelen op het gebied van happy hours en stunten met alcoholprijzen	29 894, nr. 5	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 20 november 2007 (27 565, nr. 35)
Motie-Joldersma c.s. over onderbrenging van verse paddo's en qat in de Opiumwet	30 515, nr. 12	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 17 januari 2008 (24 077, nr. 208)
Motie-Schippers/Agema over een regeling van tijdelijke toelating tot het pakket van veelbelovende innovaties	30 800 XVI, nr. 92	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 november 2007 (31 200 XVI, nr. 72)
Motie-Van der Veen c.s. over opname van preventie in het basispakket	30 800 XVI, nr. 74	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 24 september 2007 (22 894, nr. 134)
Motie-Schermers c.s. over het achter de toonbank plaatsen van zelfzorggeneesmiddelen in de UAD-categorie	30 800 XVI, nr. 151	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 18 maart 2008 (29 477/31 200 XVI, nr. 44)
Motie-Ouwehand c.s. over inventarisatie van doelen waarvoor onderzoek met primaten wordt verricht	30 800 XVI, nr. 110	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juni 2008 (31 200 XVI, nr. 152)
Motie-Ouwehand c.s. over inventarisatie van proeven op ongewervelde dieren	30 800 XVI, nr. 111	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juni 2008 (31 200 XVI, nr. 152)
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	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 13 juni 2008 (30 597, nr. 15)
Motie-Kant c.s. over het verbeteren van de rechtspositie en inkomenspositie van alfa hulpen	29 538, nr. 44	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 september 2007 (29 538, nr. 58)
Motie-Wiegman-van Meppelen Scheppink c.s. over het vormgeven van de aanbesteding van huishoudelijke zorg als een toelatingsmodel	29 538, nr. 48	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 september 2007 (29 538, nr. 58)
Motie-Willemsse-Van der Ploeg c.s. over het daadwerkelijk leveren van HH2 bij een gecombineerde indicatie HH1 en HH2	29 538, nr. 49	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 september 2007 (29 538, nr. 58)
Motie-Wolbert c.s. over de positie van alfa hulpen	29 538, nr. 47	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 september 2007 (29 538, nr. 58)
Motie-Joldersma c.s. over een landelijk dekkende en continue registratie van alcohol- en drugsgerelateerde incidenten	23 760, nr. 22	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 14 februari 2008 (23 760, nr. 27)

Moties

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Verbeet c.s. over de huishoudelijke verzorging aan cliënten met een ernstige verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking	30 131, nr. 80	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 september 2007 (29 538, nr. 58)
Motie-Verbeet/Bakker over de mediatiecommissie	30 131, nr. 81	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 september 2007 (29 538, nr. 58)
Motie-Van der Veen c.s. over onderzoek naar een eenduidige indicatiestelling voor de AWBZ	30 800 XVI, nr. 73	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juli 2008
Gewijzigde motie-Arib over het wegnemen van verschillen in het voorkomen van gezondheidsproblemen bij verschillende bevolkingsgroepen	31 316, nr. 13 (gewijzigd)	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juli 2008 (22 894, nr. 176)
Motie-Van der Veen c.s. over een beleidsplan voor het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen	31 200 XVI, nr. 49	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juli 2008 (22 894, nr. 176)
Motie-Wiegman-van Meppelen Scheppink c.s. over verhoging van het percentage moeders dat vijf of zes maanden borstvoeding geeft	31 200 XVI, nr. 58	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 4 juli 2008
Motie-Jan de Vries c.s. over het voorkomen van de voorgenomen fusie	31 420, nr. 2, (gewijzigd, was nr. 1)	AFGEHANDELD Zie brief van de minister van WWI aan de Tweede Kamer d.d. 30 juni 2008 (31 420, nr. 8)
Motie-Van der Veen c.s. over onderzoek naar een eenduidige indicatiestelling voor de AWBZ	30 800 XVI, nr. 73	AFGEHANDELD Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 juli 2008
Motie-Arib c.s. over aanscherping van de aanrijtijden	29 835, nr. 32	Wordt meegenomen in de follow-up referentiekader die in september 2008 naar de Kamer wordt gestuurd.
Motie-Koser Kaya over de maximale aanrijtijd	29 835, nr. 33	Wordt meegenomen in de follow-up referentiekader die in september 2008 naar de Kamer wordt gestuurd.
Motie-Atsma c.s. over een herkenbaar anti-dopingbeleid voor sportscholen en fitnesscentra en een kwaliteitskeurmerk voor deze sector	30 300 XVI, nr. 72	Begin van dit jaar is door TNO een onderzoek gestart naar de preventie van dopinggebruik in de ongeorganiseerde sport, waarbij vooral wordt gekeken naar mogelijk gebruik in sportscholen en fitnesscentra. De resultaten van dit onderzoek, dat eind van het jaar wordt afgerond, zullen mede bepalend zijn voor de aanpak van het dopingvraagstuk in deze branche. Daarna zal de Kamer z.s.m. worden geïnformeerd.
Motie-Busseemaker c.s. over beperking van administratieve lasten door een scherpe normstelling	30 800 XVI, nr. 77	Deze motie wordt meegenomen in het plan van aanpak ontbureaucratisering dat in september 2008 naar de Tweede Kamer wordt gezonden.
Gewijzigde motie-Bouwmeester c.s. over de invulling van de nieuwe norm voor dwangbehandeling	30 492, nr. 22 (gewijzigd)	Aan de NVVP is gevraagd zich hierover uit te spreken. Reactie afwachten. Planning: september 2008.

Moties

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Joldersma c.s. over een familievertrouwenspersoon in elke ggz-instelling	30 492, nr. 23	Wachten op de rapportage onderzoek familievertrouwenspersoon voor ggz-instellingen. op grond van bevindingen van het rapport zal besluitvorming plaatsvinden over de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de motie. Planning: september 2008.
Motie-Voordewind c.s. over dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot de bijwerkingen	30 492, nr. 25	Aan de NVVP is gevraagd zich hierover uit te spreken. Reactie afwachten. Planning: september 2008.
Motie-Jan de Vries c.s. over een plan van aanpak gericht op het verminderen van de beleefde administratieve lasten met 25% in 2011	31 200 XVI, nr. 78	NOC*NSF heeft de stand van zaken van het rapport «minder regels, meer sport» geëvalueerd. Met NOC*NSF is nu afgesproken dat een inventarisatie naar bereikte resultaten en resterende knelpunten wordt opgesteld. De Kamer zal hierover in het najaar middels een plan van aanpak worden geïnformeerd.
Motie-Schippers over het bundelen van de beleidsvoornemens	29 282, nr. 50	In september 2008 zal er een brief naar de Kamer worden gestuurd over de voortgang van de motie.
Aangehouden motie-Koser Kaya c.s. over een plan van aanpak arbeidsmarktbeleid in de zorg	31 200 XVI, nr. 63	In september 2008 zal er een brief naar de Kamer worden gestuurd waarin deze motie wordt afgedaan.
Motie-Jan de Vries c.s. over een plan van aanpak gericht op het behouden en versterken van de kracht van sportverenigingen	31 200 XVI, nr. 76	NOC*NSF zal samen met haar leden (sportbonden) onderzoeken welke knelpunten zich op dit moment voordoen bij werving en behoud van sportvrijwilligers, zowel bij bonden als bij verenigingen. Vervolgens zal worden nagegaan welke beleidsinstrumenten, zowel vanuit de overheid als vanuit de sport, op dit moment reeds worden ingezet om deze problematiek aan te pakken. Op basis daarvan zal een plan van aanpak worden opgesteld dat komend najaar gereed is en aan de Kamer gestuurd zal worden.
Motie-Leijten/Bouwmeester over een plan voor brede spreiding van alcoholpoli's	27 565, nr. 69	De Kamer is hierover op 14 juli 2008 geïnformeerd.
Motie-Voordewind over een afzonderlijk streefpercentage voor alcoholgebruik onder 12-jarigen	27 565, nr. 65	Er is een streefcijfer voor 12 jarigen geformuleerd, deze is opgenomen in deze begroting.
Motie-Schermers c.s. over aanpak van gezondheidsproblemen die voortvloeien uit excessief alcoholgebruik van ouderen	27 565, nr. 70	De Kamer zal hierover in het voorjaar van 2009 worden geïnformeerd.
Motie-Schermers c.s. over aanscherping van de criteria voor de afbakening tussen geneesmiddelen en kruidenmiddelen	31 200 XVI, nr. 46	De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.
Motie-Omtzigt c.s. over de financiële effecten van substitutie	29 689, nr. 170	De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.

Moties

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Van Gerven over tussentijds declareren mogelijk maken in het DBC GGZ systeem	25 424, nr. 71	Momenteel wordt overleg gevoerd met partijen over de planning hiervan. De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.
Motie-Van Gerven over het met terugwerkende kracht compenseren van chronisch zieken en gehandicapten	29 689, nr. 203	De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.
Motie-Jan de Vries c.s. over het op de lange termijn beschikbaar blijven van de AWBZ voor langdurige intra- en extramurale zorg	30 597, nr. 19	De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.
Motie-Van Miltenburg c.s. over concrete voorstellen om de subsidieregeling pgb op te heffen	30 597, nr. 21 (herdruk)	De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.
Motie-Wiegman-van Meppelen Scheppink c.s. over duidelijkheid over de nadere invulling van de beperking aanspraak begeleiding	30 597, nr. 23	De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.
Motie-Wolbert c.s. over de collectieve verantwoordelijkheidsverdeling voor noodzakelijke zorg en begeleiding	30 597, nr. 24	De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.
Motie-Wolbert over een gevalideerde diagnose-en Indicatiestelling	30 597, nr. 25	De Kamer zal hierover in september 2008 worden geïnformeerd.
Motie-Wolbert/Van Miltenburg over waarborging van het aanbieden van ADL-clusterwonen	26 631, nr. 265	De Kamer ontvangt vóór 1 oktober 2008 toelichting op de wijze waarop zal worden gemonitord of voldoende ADL-clusterwoningen tot stand komen na 01-01-2009.
Motie-Kant over een medication review	31 200 XVI, nr. 43	Reactie/standpunt wordt meegenomen in de voortgangsrapportage Koers op kwaliteit. Planning: september 2008.
Motie-Smilde/Wiegman-van Meppelen Scheppink over voorlichting aan verzekeren over de consequenties van de door hen gekozen polis	31 200 XVI, nr. 144	De minister komt tegemoet aan deze motie via het Richtsnoer informatieverstrekking voor verzekeraars van de NZa en via de uitkomsten van het onderzoek van de NZa naar de contracteercyclus (Monitor Zorgverzekeringmarkt). De Kamer wordt na het verschijnen van deze rapporten geïnformeerd.
Motie-Joldersma c.s. over een landelijke gedragscode voor veilig alcoholgebruik in buurt-en huiskamerketens	27 565, nr. 37	VNG wordt verzocht hiervoor voor eind 2008 een handreiking te ontwikkelen. Daarna zal de Kamer z.s.m. worden geïnformeerd.
Motie-Bouwmeester over het sluiten van de alcoholafdeling van supermarkten	27 565, nr. 43	Wordt meegenomen in wetsvoorstel Drank- en Horecawet dat voorjaar 2009 aan de Kamer zal worden aangeboden.
Motie-Voordewind/Leijten over een label waarin wordt gewezen op de schadelijke effecten van alcoholgebruik	27 565, nr. 56	Vóór het einde van 2008 zullen de uitkomsten van het onderzoek naar de Kamer worden gestuurd.
Motie-Van Gerven over een voorlichtingscampagne aan zorgverzekeraars over vergoeding van zorg aan onverzekerde illegalen	31 249, nr. 24	De Kamer is middels brief Z/VV-28516492851649 op de hoogte gesteld van het feit dat VWS en CVZ in afstemming met Justitie de voorbereiding van de voorlichting ter hand nemen.

Moties

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie-Arib over de behandeling van illegale kinderen met een kindbeschermingsmaatregel	31 249, nr. 26	Deze motie wordt uitgevoerd met de VWS-verzekerdenmonitor in juni/juli 2009. De Kamer is hierover geïnformeerd middels brief Z/VV-2851649 d.d. 30-5-2008.
Motie-Smilde c.s. over een analyse van de contracten	31 249, nr. 16	Deze motie wordt uitgevoerd met de VWS-verzekerdenmonitor in juni/juli 2009. De Kamer is hiervan op de hoogte gesteld middels brief Z/VV-2 851 649 d.d. 30-5-2008.
Motie-Van Gent/Arib over het monitoren van de uitvoering van de regeling	31 249, nr. 25	Deze motie wordt uitgevoerd met de VWS-verzekerdenmonitor in juni/juli 2009. De Kamer is hiervan op de hoogte gesteld middels brief Z/VV-2851649 d.d. 30-5-2008.
Motie-Arib c.s. over een inventarisatie van problemen in de kraamzorg	29 282, nr. 60	In september 2008 gaat er een plan van aanpak naar de Kamer.
Motie-Van der Vlies c.s. over het bieden van meer tijd aan nabestaanden om de kamer in een verpleeg- of verzorgingstehuis te ontruimen	31 200 XVI, nr. 70	De leegstand na overlijden wordt betrokken bij het harmoniseren van de regels rond zorghuizen ter vervanging van de huidige aparte regels voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen. De invoering van zorgzwaartepakketten voor de bekostiging van intramurale zorg maakt het noodzakelijk, dat de regelgeving over leegstand na overlijden en ook het houden van een kamer na ziekenhuisopname of andere oorzaken van tijdelijke afwezigheid geharmoniseerd wordt. Dit proces van harmonisatie zal de NZa in 2008 voltooien. De Kamer zal geïnformeerd worden zodra de NZa hierover een beslissing heeft genomen.

TOEZEGGINGEN

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
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 voert de onderzoeken uit. Uitkomst van deze onderzoeken is te verwachten tussen 2010 en 2015. Daarna wordt de Kamer geïnformeerd.
Nota overgewicht.	Begrotingsdebat J&G 2008 d.d. 22 november 2007	De Kamer zal in het najaar van 2008 worden geïnformeerd.
De Kamer ontvangt een brief over de wijze waarop de overtijdbehandeling (met flexibele beraadtermijn) onder de Wet afbreking zwangerschap zal worden gebracht.	AO Afbreking zwangerschap/ levensbeëindiging bij pasgeborenen d.d. 19 maart 2008	De Kamer zal eind 2008 worden geïnformeerd.
In de zomer zal de Kamer een plan van aanpak inzake de schaalvergroting van GGD'en worden toegezonden.	Behandeling Wetsvoorstel Publieke Gezondheid (31 316) d.d. 15 mei 2008	Plan van aanpak zal in september 2008 aan de Kamer worden verzonden.
De minister zal kijken naar verschil accijns sigaretten en shag; dit mogelijk aanpakken als er gedragseffecten zijn.	AO tabak d.d. 3 juli 2007	De Kamer zal in najaar 2008 worden geïnformeerd.
Kamer informeren over resultaten van literatuuronderzoek naar de effecten van alcoholreclame op het drinkgedrag van jongeren.	Begrotingsbehandeling VWS 2008 d.d. 14 november 2007	De Kamer zal in september 2008 worden geïnformeerd.
Nadere rapportage aan de Kamer over de vraag hoe de activiteiten van de inspectie zich verhouden tot haar feitelijke en budgettaire formatie.	Behandeling van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (31 122, nr. 1) d.d. 14 mei 2008	De Kamer zal in september 2008 worden geïnformeerd.
Binnen enkele maanden zal de Kamer het onderzoek van de CCMO en de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de probiotica-affaire in het UMCU ontvangen.	Mondelinge vragen van Agema (PVV) over het bericht dat 40 tot 80 procent van de medische proefpersonen slecht op de hoogte zijn van de werkelijke doelstellingen van het onderzoek waar zij aan deelnemen. (Telegraaf, 21 maart 2008)	De Kamer zal in september 2008 worden geïnformeerd.
Integrale drugsnota.	Debat drugsbeleid d.d. 6 maart 2008	De nota zal in 2010 naar de Kamer worden gestuurd.
De Kamer zal schriftelijk worden geïnformeerd over de mogelijkheden van voorkeertransplantatie.	Vervolg AO Ethiek d.d. 11 maart 2008	De Kamer zal in september 2008 worden geïnformeerd.
Vóór de zomer ontvangt de Kamer een brief over kleinschalig wonen. Daarin zal aandacht worden besteed aan de vraag hoe andere partijen ook kunnen meedoen en al meedoen bij de totstandkoming van kleinschalige woonvoorzieningen.	Vervolg debat Ouderenbeleid d.d. 6 februari 2008	Tijdens het AO verpleeghuiszorg van 3 juli 2008 is meegedeeld dat de brief in oktober 2008 naar de Kamer wordt gestuurd.
De Kamer zal zo spoedig mogelijk geïnformeerd worden over het eventueel opnemen van het rijksvaccinatieprogramma in de Wet publieke gezondheid.	Behandeling Wetsvoorstel Publieke Gezondheid (31 316) d.d. 15 mei 2008	De Kamer zal in najaar 2008 worden geïnformeerd.
In het najaar brief aan de Tweede Kamer sturen met rapportage over ervaringen vergunningverlening PCI's en ICD's en toetsing van verrichtingen aan uitstroomcriteria WBMV.	VAO Interventies aan het hart d.d. 20 december 2007	De Kamer zal in najaar 2008 worden geïnformeerd.
In het najaar informeren over aanpassing risicoverevening/afschaffing nacalculatie verzekeraars.	AO DBC's/kapitaallasten/ maatstafconcurrentie d.d. 18 juni 2008	De Kamer zal in najaar 2008 worden geïnformeerd.

Toezeggingen

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
De Kamer zal worden bericht over de uitkomsten van het overleg met de organisaties over de implementatie van een richtlijn over abortushulpverlening.	AO Afbreking zwangerschap/ levensbeëindiging bij pasgeborenen d.d. 19 maart 2008	De Kamer zal eind 2008 worden geïnformeerd.
In 2008 zal de Kamer worden geïnformeerd over de uitkomsten van een onderzoek naar de actuele en potentiële sportdeelname van mensen met een handicap en het op basis daarvan op te stellen actieplan, waarbij ook NOC*NSF en NebasNsg worden ingeschakeld.	Wetgevingsoverleg inzake Sport begroting 2008 d.d. 19 november 2007	De uitkomsten van het participatieonderzoek naar gehandicaptensport zullen komend najaar gereed zijn. De Kamer zal eind 2008 worden geïnformeerd.
In de loop van 2008 zal de Kamer een tussentijdse evaluatie van de nota Tijd voor Sport en het uitvoeringsprogramma Samen voor Sport ontvangen.	Wetgevingsoverleg inzake Sport begroting 2008 d.d. 19 november 2007	Over de voortgang van de uitvoering van de prioritaire beleidsprogramma's uit de nota's Tijd voor sport, Samen voor sport, alsmede de beleidsbrief De kracht van Sport, zal de Kamer aan het eind van 2008 een tussenrapportage ontvangen.
De Kamer zal worden geïnformeerd over de onderzoeksvragen in het onderzoek van de VU en het Erasmus MC (Euthanasie). Als de onderzoeksresultaten er aanleiding toe geven, zal de regering zich daarover beraden en zal de Kamer daarover worden geïnformeerd.	AO evaluatie Euthanasiewet d.d. 19 maart 2008	Onderzoeksresultaten afwachten. De Kamer zal zo mogelijk eind 2008 worden geïnformeerd.
Wetsvoorstel over structurele maatregelen voor de oplossing van de wanbetalersproblematiek nog voor het einde van dit jaar naar Kamer.	Voortzetting behandeling Wijz. van de Zorgverzekeringswet en andere wetten (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering, 30 918) d.d. 20 juni 2007	Wetsvoorstel zal september 2008 aan de Kamer worden aangeboden.
De Kamer zal geïnformeerd worden over de resultaten van een samen met de branche en gezondheidsinstellingen uit te voeren onderzoek naar de mogelijkheden om te komen tot een duidelijk zichtbaar label over de schadelijke effecten van overmatig alcoholgebruik.	VAO Alcoholbeleid d.d. 20 december 2007	De Kamer zal hierover eind 2008 worden geïnformeerd.
De Kamer zal worden geïnformeerd als de commissie van wijzen constateert dat er sprake is van een patroon in de problemen van ziekenhuizen die zich tot de commissie wenden, op basis waarvan criteria dan wel spelregels voor haar werkwijze kunnen worden opgesteld.	VAO Kapitaallasten (Transparante tarieven) d.d. 18 oktober 2007	De Commissie kondigt aan 1 oktober 2008 met een advies te komen. In het najaar van 2008 zal de Kamer worden geïnformeerd.
De minister zal de Kamer een brief doen toekomen over winst in de zorg, waarin tevens zal worden ingegaan op de maatschappelijke onderneming, de visie van het kabinet op marktwerking in de zorg en andere toekomstige ontwikkelingen in de zorg.	VAO Kapitaallasten (Transparante tarieven) d.d. 18 oktober 2007	De Kamer zal eind 2008 worden geïnformeerd.
Nadat in 2009 een verdere verfijning is aangebracht, zal in 2010 het nieuwe systeem worden geëvalueerd. Hierbij zullen in elk geval dezelfde vragen als bij de evaluatie van de no-claimteruggave worden betrokken. Hierbij wordt meegenomen de vraag of mensen naar de huisarts gaan in plaats van naar de spoedeisende hulp.	Behandeling Wijz. Zorgverzekeringswet; vervanging no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (31 094) d.d. 26 september 2007	De evaluatie wordt in de zomer van 2010 aan de Kamer aangeboden.
Kamer bij aanbieding referentiekader berichten over de wetenschappelijke onderbouwing van de 15 minuten aanrijtijd en ook ingaan op de voor- en nadelen (inclusief kosten) om deze naar 8 minuten te brengen.	AO Ambulancezorg d.d. 29 november 2007	Wordt meegenomen in follow-up referentiekader die in september 2008 naar de Kamer wordt gestuurd.
De Kamer ontvangt de resultaten van het onderzoek dat de IGZ in februari 2008 intern afrondt naar de marketing van nieuwe cholesterolverlagers.	AO Stand van zaken IGZ d.d. 13 februari 2008	De IGZ is bezig met de afronding van het onderzoek. Naar verwachting zal de Kamer september 2008 het resultaat daarvan ontvangen.

Toezeggingen

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Zodra de studie van Zorgverzekeraars Nederland en het Verbond van Verzekeraars over het op de hoogte stellen van patiënten en cliënten van de nota's en hen te informeren over de zorgkosten, is ontvangen, zal deze z.s.m. naar de Kamer worden gestuurd.	Mondelinge vragen van het lid Schippers (VVD) over de omvang van fraude in de zorg, het gebrek aan actie van zorgverzekeraars als patiënten aangeven dat de declaratie onjuist is en het feit dat patiënten geen afschrift ontvangen van de rekening/declaratie. (Kassa, 19 april 2008) (d.d. 22 april 2008)	De studie van ZN en het Verbond van Verzekeraars wordt eind juni/begin juli verwacht. Daarna wordt een reactie op het stuk gemaakt waarover de Kamer z.s.m. wordt geïnformeerd.
In de kabinetsreactie op het advies over de wet Bopz zal worden ingegaan op de rol van de IGZ.	AO Kwaliteitszorg cure/care d.d. 29 november 2007	Het kabinetsstandpunt wet Bopz is aan de Kamer verzonden. Over dit onderwerp wordt de Kamer apart in september 2008 geïnformeerd.
De Kamer ontvangt een nieuw klachtenoverzicht m.b.t. de uitvoering van de vervoersregeling Valys door Connexion.	AO Valys d.d. 5 februari 2008	De Kamer zal in het najaar 2008 worden geïnformeerd.
Rond de zomer zal de Kamer een reactie ontvangen op de uitvoeringstoets van de NZa inzake de mogelijkheid van één van de financiële ruimte binnen de AWBZ die zoveel geldt voor de zorg in natura als voor het pgb.	Spoeddebat over PGBs d.d. 12 maart 2008	De uitvoeringstoets van de NZa is nog niet gereed. Zodra deze gereed is zal de uitvoeringstoets, voorzien van een reactie, aan de Kamer worden gestuurd. Planning: september 2008.
Schriftelijke reactie innovatie en DBCs (proces van opname nieuwe ontwikkelingen in een DBC) en experimentele DBC. Ook ingaan op het verschil tussen het Nederlandse en Belgische systeem en de betekenis van ZBCs in relatie tot het B-segment.	AO DBC's, kapitaallasten, maatstafconcurrentie d.d. 18 juni 2008	De Kamer zal in september 2008 worden geïnformeerd.
De Kamer wordt schriftelijk geïnformeerd over een mogelijke oplossing voor activerende zorg die niet wordt vergoed op basis van de Zvw en over de financiering van de steunpunten.	AO Overheveling GGZ d.d. 7 november 2007	De Kamer zal in september 2008 worden geïnformeerd.
De minister zal de Kamer op de hoogte brengen van de uitkomsten van het overleg tussen de IGZ en de NZa in het kader van de Centrale Apotheek (zie ook toez. nr. 2342).	Zie brief aan de Tweede Kamer met antwoorden op kamer-vragen van Schermers (CDA) over de Centrale Apotheek d.d. 2-6-2008	IGZ en de NZa werken aan een onderzoek. Het resultaat daarvan wordt binnenkort verwacht. De Kamer zal naar verwachting in oktober 2008 worden geïnformeerd.
De Kamer zal worden geïnformeerd over de resultaten van het overleg met de staatssecretaris van OCW over de aanpak van sport en bewegen op het MBO, mede op grond van de evaluatie van de pilots in het kader van de Alliantie School en Sport.	Wetgevingsoverleg inzake Sport begroting 2008 d.d. 19 november 2008	Per 1-8-2008 houdt de Alliantie School en Sport formeel op te bestaan. De staatssecretaris is in overleg met OCW over een gezamenlijk programma als follow-up van de alliantie. Daarin zal ook aandacht worden besteed aan sport en bewegen op het MBO. Na het zomerreces zal de Kamer hierover geïnformeerd worden.
Onderzoek naar gezondheidsschade bij kinderen door meeroken in auto's.	AO Kaderbrief 2007/2011 over preventiebeleid d.d. 5 december 2007	Na ontvangst van het RIVM rapport wordt het naar de Kamer gestuurd. Planning: september 2008.
De Kamer zal schriftelijk worden geïnformeerd over de dieetvergoeding in basispakket.	AO Kwaliteitszorg cure/care d.d. 29 november 2007	De Kamer zal in najaar 2008 worden geïnformeerd.
De Kamer wordt na juli 2008 geïnformeerd over de stand van zaken/uitkomsten project homo-ouderen (Handelingen II, 2007-2008, nr. 45, blz. 3418-3419).	Vervolgdebat Ouderenbeleid d.d. 6 februari 2008	De verwachting is de Kamer eind oktober 2008 hierover te informeren.

Toezeggingen

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
De Kamer informeren over de ontwikkelingen ter zake van de Rijkswet Antillen, waarbij op dit moment wordt gewacht op een reactie van de Antilliaanse ambtsgeenoot over de in het Antilliaanse parlement aangenomen motie om te voorzien in een vrijwillige verzekering.	AO Masterplan buitenland d.d. 29 mei 2008	Na beslissing van de Rijksministerraad tot intrekking van het wetsvoorstel kan deze toezegging definitief worden afgedaan. Zodra hierover duidelijkheid is, wordt de Kamer geïnformeerd.
Schriftelijke reactie op de vraag of verouderde apparatuur in het programma veilige zorg kan worden meegenomen. Daarbij moet ook aan de orde komen in hoeverre minimumnormen nodig zijn.	AO Kwaliteitszorg cure/care d.d. 29 november 2007	De Kamer zal hierover najaar 2008 worden geïnformeerd.
Onderzoek en audit naar functioneren Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK).	Spoeddebat eigenbijdrage AWBZ d.d. 6 maart 2008	Eind september 2008 is het concept-rapport van Berenschot gereed. Daarna zal de Kamer z.s.m. worden geïnformeerd.
De Kamer ontvangt in het najaar van 2008 de SCP-rapportage inzake verhouding tussen maatschappelijke participatie en arbeid.	AO Vrijwilligerswerk/Mantelzorg d.d. 20 maart 2008	De planning is om de Kamer eind november 2008 hierover te informeren.
Eind november wordt een task force ingesteld die ervoor zorgt dat de problematiek van de overfinanciering van de ziekenhuizen opgelost zal zijn, zodanig dat die valt toe te rekenen aan afzonderlijke verzekeraars.	Wetgevingsoverleg over de financiële verantwoording over het jaar 2007 d.d. 16 juni 2008	Een task force is inmiddels opgezet. Na afwikkeling wordt de Kamer geïnformeerd. Planning: najaar 2008.
Wet Zorg en dwang volgend jaar naar de Tweede Kamer.	AO Kwaliteitszorg cure/care d.d. 29 november 2007	Indiening bij de Tweede Kamer zal naar verwachting rond november 2008 plaatsvinden.
De Kamer ontvangt de resultaten van het onderzoek van de IGZ naar de seeding trails in de tweede helft van 2008.	AO Stand van zaken IGZ d.d. 13 februari 2008	De Kamer zal eind 2008 worden geïnformeerd.
De Kamer zal worden geïnformeerd over de resultaten van een te houden onderzoek naar de mogelijkheden om alcoholpromoties gericht op jongeren zoveel mogelijk te beperken en zo mogelijk te verbieden.	VAO Alcoholbeleid d.d. 20 december 2007	Planning is om de Kamer eind 2008 te informeren.
De Kamer zal worden geïnformeerd zodra de internetsite «Eenvoudig Goed» operationeel is.	AO Vrijwilligerswerk/Mantelzorg d.d. 20 maart 2008	Verwacht wordt dat de internetsite in december 2008 operationeel wordt. De Kamer zal hierover vóór het kerstreces 2008 worden geïnformeerd.
Het onlangs ontvangen standpunt van de Europese Commissie over de elektronische sigaret zal zo spoedig mogelijk vergezeld van een kabinetsreactie aan de Kamer worden toegezonden.	AO EU-overleg WSBVC Raad d.d. 4 juni 2008	De Kamer zal eind 2008 worden geïnformeerd.
De Kamer zal een overzichtsstudie over de schadelijkheid van alcoholgebruik in de leeftijdsgroep van 16 tot 18 jaar ontvangen, zolang nog niet vaststaat dat de leeftijdsgrens voor het verstrekken van zwakalcoholhoudende dranken op 16 of 18 jaar moet worden gesteld.	AO Alcoholbeleid d.d. 18 december 2007	Opdracht voor onderzoek is uitgezet bij Trimbos-Instituut. Planning is de Kamer hierover begin 2009 te informeren.
Onderzoek naar de basiselementen die een rol spelen bij de vaststelling van de prijs en de marges, alsmede naar het ongewenste effect van verzorgers die voor een lager salaris moeten gaan werken.	AO Wmo d.d. 11 juni 2008	Dit onderzoek wordt voorzien in het najaar 2008. Daarna zal de Kamer z.s.m. worden geïnformeerd.
Onderzoek naar de tarieven in de thuiszorg. Het betreft hier de tarieven voor huishoudelijk hulp in de thuiszorg in vergelijking met andere sectoren.	VAO Wmo d.d. 25 juni 2008	De Kamer zal hierover in het najaar 2008 worden geïnformeerd.

Toezeggingen

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Overzicht van verschillende AWBZ-regels bij (tijdelijke) afwezigheid van de cliënt.	AO Verkeerde bedden-problematiek d.d. 13 december 2007	De Kamer zal geïnformeerd worden na uitkomst van het onderzoek door de NZa. Planning: eind 2008.
De Kamer zal nader worden geïnformeerd over de rapportage van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg Gehandicapten over het metingsinstrument.	AO Gehandicaptenzorg d.d. 12 december 2007	Naar verwachting worden in september 2008 de uitkomsten van de pilots bekend. De Kamer zal daarna z.s.m. worden geïnformeerd.
De IGZ voert onderzoek uit op het gebied van medische stralingstoepassingen. Als de rapporten over deze onderwerpen klaar zijn, zal de minister de Kamer een integrale reactie geven op deze inspectierapporten.	Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 2 juni 2008 31 200 XVI, nr. 149	Planning is om de Kamer eind 2008 hierover te informeren.
Risicoschatting cannabis door CAM en onderzoek naar de relatie risico's van een aantal stoffen (diverse drugs maar ook alcohol en tabak) door het RIVM (conform Lancet-studie 2007).	Debat drugsbeleid d.d. 6 maart 2008	De Kamer zal in het voorjaar van 2009 worden geïnformeerd.
Na een half jaar evalueren hoe de invoering van het rookverbod in coffeeshops in de praktijk werkt.	Debat drugsbeleid d.d. 6 maart 2008	De Kamer zal in het voorjaar van 2009 worden geïnformeerd.
De Kamer informeren over de jaarlijkse actualisering van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen door het CBG.	AO Geneesmiddelenbeleid d.d. 20 juni 2007	De Kamer zal vóór het zomerreces van 2009 worden geïnformeerd.
De Kamer ontvangt t.z.t. de EIZ-rapportage, mede voorzien van een reactie inzake het onderzoek naar de verhouding tussen professionele zorg/beroepskrachten en mantelzorg.	AO Vrijwilligerswerk/Mantelzorg d.d. 20 maart 2008	Het streven is de Kamer vóór het zomerreces van 2009 te informeren.
De Kamer wordt t.z.t. geïnformeerd over het terugdringen van de bureaucratie/administratieve lasten/regeldruk in de mantelzorg/vrijwilligerswerk, dit mede in het licht van de Commissie-Wallage.	AO Vrijwilligerswerk/Mantelzorg d.d. 20 maart 2008	Medio 2009 wordt de Kamer geïnformeerd.
Onderzoek naar de gevolgen voor kinderen die ouders hebben die dakloos zijn. Het gaat hier om een beknopt onderzoek.	AO Maatschappelijke opvang d.d. 7 juni 2007	Verwacht wordt vóór het zomerreces van 2009 een brief met de resultaten van het onderzoek naar de Kamer te sturen.
De Kamer zal een analyse ontvangen van het aantal gesloten contracten en de mate van spreiding over het land.	Behandeling Wijz. Zorg-verzekeringwet; verstrekking bijdragen aan zorgaanbieders aan bepaalde groepen vreemdelingen (31 249) (re- en dupliek) d.d. 9 april 2008	Deze toezegging zal worden afgedaan in samenhang met het voldoen aan motie-Smilde (31 249, nr. 16). Planning is vóór het zomerreces van 2009.
Eén jaar na inwerkingtreding van de wet zullen de uitvoering van de regelingen en de gevolgen voor de zorgaanbieders worden gemonitord; de Kamer zal daarover worden geïnformeerd (31 249, nr. 26).	Behandeling Wijz. Zorg-verzekeringwet; verstrekking bijdragen aan zorgaanbieders aan bepaalde groepen vreemdelingen (31 249) (re- en dupliek) d.d. 9 april 2008	Deze toezegging zal worden afgedaan in samenhang met het voldoen aan motie-Van Gent/Arib over het monitoren van de uitvoering van de regeling (31 249, nr. 25). Planning is vóór het zomerreces van 2009.
De Kamer wordt geïnformeerd inzake de dekkingsgraad en contractering van zorgaanbieders door het Cvz (blz. 71-4988). Nr. 33.	Behandeling Wijz. Zorg-verzekeringwet; verstrekking bijdragen aan zorgaanbieders aan bepaalde groepen vreemdelingen (31 249) (re- en dupliek) d.d. 9 april 2008	Deze toezegging zal worden afgedaan in samenhang met het voldoen aan motie-Smilde (31 249, nr. 16). Planning is vóór het zomerreces van 2009.

Toezeggingen

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
De Kamer ontvangt t.z.t. een integrale beleidsbrief over mantelzorgers/vrijwilligers. Daarin zal o.m. worden bericht over de basisfuncties, de verhouding tussen vrijwilligerswerk/mantelzorg en reguliere zorg, casemanagement en het protocol gebruik door het CIZ en een brede definitie worden gegeven van mantelzorgers/ vrijwilligers/ respijtzorg en de relatie tot de AWBZ/Wmo.	AO Vrijwilligerswerk/Mantelzorg d.d. 20 maart 2008	De beleidsbrief over mantelzorg/ vrijwilligers zal eind 2009 naar de Kamer worden gestuurd.

AFKORTINGENLIJST

AAL	Ambiënt Assisted Living
aCBG	Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
AOR	Algemene oorlogsongevallenregeling
ASHG	Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld
A-topsporters	Topsporters op wereldniveau en olympisch niveau
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BD	Bureau Diergeneesmiddelen
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BIKK	Bijdrage in de kosten van kortingen
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMC	Bureau Medicinale Cannabis
BMR	Bof, mazelen, rode hond
BNV	Bureau Nieuwe Voedingsmiddelen
BOPZ (Wet -)	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BOS	Regeling buurt, onderwijs en sport
BRG	Bureau registratie geneesmiddelen
BSN	Burgerservicenummer
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
CBRN	Chemische, biologische, radiologische of nucleaire middelen
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
CGL	Centrum Gezond Leven
CG-Raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CHMP	Committee on Human Medicinal Products
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, agentschap
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPB	Centraal Planbureau
CQ	Consumer Quality Index
CSO	Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
CSZ	Commissie sanering zorginstellingen
CTO	Centrum voor Topsport en Onderwijs
C&V	Consument en Veiligheid, stichting –
CVMP	Committee on Veterinary Medicinal Products
CVZ	College voor zorgverzekeringen
dbc	Diagnose-behandelcombinatie

Afkortingenlijst

DGOBR	Directoraat-Generaal Organisatie en Bedrijfsvoering Rijk
DHW	Drank- en Horecawet
DIS	DBC Informatie Systeem
DKG	Diagnose kostengroep
DKTP	Difterie, kinkhoest, tetanus en polio
DKTP-Hib(hep)	Difterie-, kinkhoest-, tetanus-, polio-, Haemophilus influenzae type b-vaccin Hepatitis
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
EK	Europees Kampioenschap
EM	Expertisecentrum Mantelzorg
EMEA	European Medicines Agency
epd	Elektronisch patiëntendossier
ERP	Enterprise Resource Planning
EU	Europese Unie
EU GHS	Europese Unie Globally Harmonized System
EZ	Economische Zaken, ministerie van –
Farmatec	Farmacie en Medische Technologie
FES	Fonds Economische Structuur
fte	Fulltime equivalent
G31	De 31 grootste gemeenten van Nederland
G4	Vier grootste gemeenten van Nederland (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht)
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GR	Gezondheidsraad
GSB	Grotestedenbeleid
GT	Gefaseerd toezicht
gvs	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
HBSC	Health Behaviour of School Children
HGIS	Homogene Groep Internationale Samenwerking
Hib	Haemophilus influenza type b
Hiv	Human immunodeficiency virus
HPV	Humaan Papillomavirus
HRM	Human Resource Management
IAB	Inkomensafhankelijke bijdrage
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICI	Informatie & Communicatie Infrastructuur
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVZ	Informatievoorziening Zorg, stichting –
JMW	Joods Maatschappelijk Werk
KB	Koninklijk Besluit
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
LAREB	Landelijke Registratie en Evaluatie van Bijwerkingen
LEBA	Landelijke Evaluatie van het Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker
LETB	Landelijke Evaluatie Team voor Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNV	Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit, ministerie van –

Afkortingenlijst

LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
LSP	Landelijk schakelpunt
LTVG	Langetermijnvisie Geneesmiddelenvoorziening
LVG	Licht Verstandelijke Gehandicapten
MaS	Maatschappelijke stage
MenC	Meningokokken type C
MJB	Meerjarenbeleidsplan
MO	Maatschappelijke Opvang
MOgroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
MRP	Mutual Recognition Procedure
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NAD	Nationaal Actieprogramma Diabetes
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NOV	Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk
NP	Nurse practitioner
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVV	Nationale Vaccin Voorziening
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OB-algemeen	Ondersteunende Begeleiding
OBiN	Ongevallen en Bewegen in Nederland
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, ministerie van -
OD	Operationele doelstelling
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
OGZ	Openbare gezondheidszorg
OHRA	Onderlinge ziektekostenverzekeringsfonds van Hogere RijksAmbtenaren
OV	Openbaar vervoer
PA	Physician assistant
PCB	Polychloorbifenyyl
PGB	Persoonsgebonden budget
PGO	Patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties
PGO, Fonds -	Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden
PG/ZP	Publieke Gezondheid/Ziektepreventie
Pkb	Persoonlijk kilometer budget
pNB	prijsonwikkeling Nationale Bestedingen
POLS	Permanent Onderzoek LeefSituatie
PUR	Pensioen- en Uitkeringsraad
RAD	Rijksauditdienst
R&D	Research and Development
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
rhb	Rijkshoofdboekhouding
RIBIZ	Registratie en informatie beroepsbeoefenaren in de zorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

Afkortingenlijst

RMS	Reference Member State
RSV	Respiratoir syncytieel virus
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RWT	Rechtspersoon met een wettelijke taak
SAIP	Stichting Administratie Indonesische Pensioenen
SAP	Systeme, Anwendungen, Produkte in der Datenverarbeitung
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
seh	Spoedeisende hulp
SER	Sociaal Economische Raad
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SNPG	Stichting Nationaal Programma Grieppreventie
soa	Seksueel overdraagbare aandoening
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SVOP	Strategisch Vaccin Onderzoek Programma
TBC	Tuberculose
TBO	Tijdsbestedingsonderzoek
TBU	Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven
TK	Tweede Kamer
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
TPLZ	Transitieprogramma in de Langdurige Zorg
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
VGv	Vrouwelijke genitale verminking
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
vms	veiligheidsmanagementsysteem
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VNV	Veiligheidsbeoordeling Nieuwe Voedingsmiddelen
VO	Vrouwenopvang
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ministerie van -
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VU	Vrije Universiteit
V&V	Verpleging en verzorging
V&W	Verkeer en Waterstaat, ministerie van -
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van -
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
Wgbh/cz	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte
WHO	World Health Organisation – Wereldgezondheidsorganisatie
WIA	Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
WK	Wereldkampioenschap
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
wml	wettelijk minimumloon
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	Wereldoorlog

Afkortingenlijst

Wtcg	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WUBO	Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945
WUV	Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945
WWI	Wonen, Wijken en Integratie, programmaministerie voor –
Zbo	Zelfstandig bestuursorgaan
ZbTK	Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit
ZIP	Zorg Innovatie Platform
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartebekostiging

TREFWOORDENREGISTER

Abortus 26, 32, 35, 54, 55, 220, 221
Administratieve lasten 5, 6, 17, 41, 56, 86, 89, 90, 95, 135, 139, 216, 217, 224
Alcohol 11, 35, 37, 39, 41, 43, 55, 214, 215, 217, 218, 220, 221, 223, 224
Ambulances 15, 33, 60, 66, 68, 179
Arbeidsmarktbeleid 22, 67, 72, 81, 93, 97, 217
Arbeidsmarkt 13, 22, 23, 24, 67, 68, 69, 93, 98, 148
Arbeidsproductiviteit 13, 62
AWBZ 5, 10, 16, 17, 18, 20, 28, 29, 58, 68, 69, 74, 81, 82, 84, 85, 88, 89, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 100, 101, 115, 116, 119, 144, 170, 176, 177, 182, 183, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 195, 197, 199, 201, 202, 205, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 222, 223, 224, 225, 226
Begrotingsuitgaven 9, 10, 27, 30, 31, 36, 37, 43, 45, 46, 51, 53, 55, 57, 58, 62, 72, 79, 83, 87, 90, 97, 101, 105, 110, 113, 117, 121, 124, 127, 131, 133, 136, 139, 141, 143, 152, 193
Betaalbaarheid 9, 13, 17, 56, 57, 60, 81, 82, 89
BKZ 29, 33, 176, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 193, 194, 195, 197, 201, 205, 210, 226
BOS 129, 131, 226
Bouw 2, 4, 17, 30, 31, 69, 74, 75, 79, 92, 99, 100, 122, 128, 129, 133, 136, 137, 144, 152, 153, 162, 167, 171, 172, 180, 185, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 216, 217, 218, 221, 226, 227
Breedtesportimpuls 129, 131
Budgettair Kader Zorg 29, 176, 193, 195, 197, 201, 205, 210, 226
Bureaucratie 13, 18, 81, 224
Burger 6, 17, 18, 20, 23, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 35, 36, 39, 43, 45, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 66, 68, 73, 74, 81, 83, 85, 86, 97, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 116, 117, 122, 123, 125, 126, 138, 139, 146, 147, 148, 149, 159, 160, 185, 188, 190, 226, 230
Care 14, 33, 65, 67, 70, 85, 92, 95, 97, 98, 146, 179, 191, 222, 223
Centrum Gezond Leven 39, 40, 43, 226
Chronisch zieken 181
Chronische ziekten 11, 34, 36, 37, 39, 46, 47, 48, 49, 51, 210
CIZ 17, 82, 88, 90, 99, 213, 225, 226
Consumenten 35, 41, 44, 45, 46, 62
Curatieve zorg 8, 12, 13, 19, 29, 31, 33, 34, 47, 56, 57, 59, 62, 144, 149, 179
Cure 67, 70, 191, 222, 223
DBC 14, 31, 58, 59, 66, 76, 78, 79, 80, 177, 182, 218, 220, 222, 227
Depressie 19, 23, 31, 34, 49, 51, 75, 181, 210
Diabetes 18, 19, 22, 23, 31, 34, 37, 48, 49, 51, 63, 69, 75, 91, 127, 228
Dierproeven 44, 169
DigiMV 86, 87
Doelmatigheid 4, 11, 55, 56, 57, 65, 80, 89, 102, 137, 142, 147, 158, 162, 163, 167, 168, 173
Donor 26, 54, 56, 66, 72, 159, 160, 161, 163
Doping 125, 133, 216
Drugs 37, 39, 42, 43, 145, 215, 220, 224, 229
Ecotax 129, 131
Eergelateerd geweld 24, 25, 117, 119, 204
Eerstelijnszorg 15, 19, 22, 52, 64, 68, 69, 146, 147
Efficiency 88, 158, 162, 165, 168, 173
Embryowet 35, 55, 150
Erfgoed 27, 32, 135, 136, 140, 141
Ethiek 26, 32, 34, 35, 54, 55, 149, 220, 226

Trefwoordenregister

Euthanasie 26, 54, 160, 221
Extramurale zorg 29, 59, 94, 218
Geboorte 64, 72
Geestelijke gezondheidszorg 5, 29, 59, 84, 91, 147, 185, 191, 192, 227, 228
Gehandicapten 5, 11, 22, 25, 26, 31, 33, 60, 61, 76, 87, 92, 94, 95, 100, 101, 115, 117, 122, 125, 129, 131, 159, 160, 180, 181, 182, 198, 200, 202, 213, 218, 224, 226, 228
Gehandicaptensport 32, 129, 221
Gehandicaptenzorg 20, 29, 33, 84, 85, 91, 92, 93, 147, 179, 181, 191, 192, 202, 224
Geneesmiddelen 2, 14, 56, 60, 65, 70, 71, 72, 76, 77, 80, 153, 155, 156, 157, 159, 180, 184, 199, 214, 215, 217, 224, 226, 227, 228
Genitale verminking 24, 25, 117, 120, 229
Gezond leven 11, 18, 19, 34, 39, 40, 52
Gezonde voeding 39, 40, 43
Gezondheidsraad 19, 30, 34, 38, 143, 144, 149, 150, 227
Gezondheidsschade 36, 37, 39, 42, 43, 45, 46, 222
GGZ 16, 20, 21, 29, 31, 42, 56, 58, 59, 60, 63, 64, 66, 71, 72, 76, 79, 80, 84, 97, 109, 121, 182, 186, 188, 190, 191, 199, 202, 218, 222, 228
Heroïne 42, 43
Huisartsen 15, 20, 23, 29, 33, 48, 59, 60, 62, 63, 67, 68, 69, 72, 78, 179, 181, 182, 199, 227, 229
Huisartsenzorg 15, 48, 60, 62, 68, 78, 181, 199
ICT 13, 22, 31, 49, 69, 72, 79, 159, 161, 175, 227
IGZ 4, 9, 35, 61, 63, 82, 92, 144, 146, 147, 165, 181, 202, 208, 221, 222, 223, 224, 227, 228
Indicatiestelling 17, 18, 82, 87, 88, 90, 99, 102, 115, 213, 216, 218, 226
Infectieziekten 19, 35, 39, 46, 47, 51, 145, 147, 169
Inhuur externen 160, 171, 174
Innovatie 12, 13, 15, 22, 23, 28, 31, 42, 43, 52, 56, 57, 58, 62, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 81, 90, 92, 93, 97, 130, 133, 196, 215, 222, 230
Internationale samenwerking 4, 7, 30, 65, 130, 143, 144, 145, 146
Intramurale instelling 94
Jeugdgezondheidszorg 126
Jeugd 5, 17, 25, 26, 27, 30, 41, 60, 84, 93, 99, 122, 126, 127, 129, 136, 137, 140, 141, 143, 144, 148, 151, 214, 215
Kanker 18, 23, 34, 38, 39, 50, 51, 72, 180, 195, 227
Kapitaallasten 176, 177, 180, 191, 210, 220, 221, 222
Keuzevrijheid 17, 81, 94
Kraamzorg 15, 20, 29, 59, 64, 219
Kwaliteit 2, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 31, 33, 42, 43, 50, 53, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 69, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 81, 82, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 107, 108, 112, 115, 120, 121, 127, 137, 145, 146, 147, 153, 158, 160, 161, 167, 170, 173, 174, 179, 181, 202, 213, 214, 216, 218, 222, 223, 227, 230
Langdurige zorg 1, 5, 7, 8, 9, 13, 16, 17, 29, 30, 31, 33, 59, 81, 82, 84, 85, 90, 92, 93, 97, 98, 144, 148, 149, 179, 184, 200
Leefstijl 11, 18, 30, 36, 37, 39, 40, 41, 122, 125, 127, 130
Levensverwachting 8, 35, 36
Maatschappelijke kosten 81, 98
Maatschappelijke Verantwoording 61, 82, 86, 160
Medicatieveiligheid 64, 65, 72
Medisch specialisten 29, 59, 67, 177
Medisch wetenschappelijk onderzoek 35, 36, 37, 39, 54, 150
Milieu 2, 4, 19, 35, 51, 144, 149, 150, 157, 164, 165, 228, 229
Motivering 39, 43, 45, 46, 51, 54, 60, 62, 73, 85, 87, 90, 98, 106, 110, 113, 117, 125, 127, 131, 137, 140

Trefwoordenregister

Movisie 108, 110, 111
Naschoolse opvang 123, 129, 206
NZa 14, 68, 70, 73, 74, 76, 82, 89, 92, 100, 114, 144, 177, 180, 197, 199, 201, 202, 213, 218, 219, 222, 224, 228
Olympische Spelen 132
Onverzekerden 13, 73, 74, 79, 213
Oorlog 1, 9, 27, 32, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 213, 226, 229, 230
Oorlogsgetroffenen 1, 9, 27, 30, 32, 135, 136, 137, 138, 139, 207
Opleidingsfonds 67, 72, 184, 185, 196, 209
Orgaandonatie 26, 27, 32, 56, 66, 182
Ouderen 11, 16, 22, 25, 46, 60, 61, 69, 70, 87, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 147, 159, 160, 213, 217, 220, 222, 226, 228
Overgewicht 11, 37, 39, 41, 43, 55, 75, 220
Pakketmaatregelen 14, 33, 60, 76, 179
Palliatieve zorg 18, 28, 31, 81, 94, 97
Participatie 8, 24, 31, 89, 90, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 129, 134, 149, 221, 223
Patiënt 9, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 31, 48, 49, 51, 54, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 72, 76, 77, 81, 82, 85, 86, 87, 92, 96, 127, 146, 147, 149, 159, 160, 213, 222, 227, 228
Perinatale Audit 62, 214
Premie-uitgaven 9, 10, 38, 48, 59, 60, 84, 85, 106, 152, 176, 193, 195, 197, 201, 205, 210
Preventie 12, 13, 16, 18, 19, 22, 23, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 56, 58, 60, 64, 69, 70, 71, 72, 75, 119, 127, 145, 147, 149, 164, 170, 179, 180, 181, 204, 210, 215, 216, 222, 228, 229
Productveiligheid 43, 44, 65, 147
PUR 135, 137, 138, 139, 213, 228
Maatschappelijke Verantwoording 95
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 30, 143, 144, 149, 229
Raad voor Gezondheidsonderzoek 150, 228
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 30, 143, 144, 149, 228
Rampen 35, 37, 51, 53, 227
Rechtspositie 22, 60, 61, 85, 86, 215
Rijksvaccinatieprogramma 18, 29, 33, 34, 38, 48, 164, 166, 170, 179, 180, 194, 195, 220, 229
Risicoverevening 15, 75, 79, 80, 220
Roken 11, 19, 31, 34, 39, 40, 43, 49, 75, 92, 126, 162, 174, 176, 181, 210, 217, 222, 229
Rookvrij 39, 43
SCP 4, 8, 9, 108, 110, 111, 121, 144, 147, 148, 223, 229
Seksualiteit 25, 47, 51
Seksuele gezondheid 47, 51
SGBO 53, 107
Soa 25, 47, 51, 55, 229
Sociaal Cultureel Planbureau 107, 123, 128, 144, 229
Solidariteit 11, 13, 16, 17, 18, 24, 27, 81, 89, 98
Specifieke uitkeringen 5, 6, 7, 43, 131, 146, 174, 182
Sport en Bewegen 26, 32, 52, 124, 125, 126, 127, 222, 228
Sport 1, 2, 3, 4, 6, 9, 25, 26, 30, 32, 34, 35, 39, 46, 112, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 145, 146, 153, 206, 216, 217, 221, 222, 226, 228, 229
Subsidiebeheer 174
Taakstelling 30, 88, 152, 165, 168, 170, 171, 174, 198, 208
Tabak 35, 39, 220, 224
TBU 101, 229
Tienermoeders 25, 28, 31, 103, 118, 119, 121, 204

Trefwoordenregister

Topsport 6, 9, 26, 32, 123, 124, 125, 127, 131, 132, 133, 134, 146, 206, 226
Transparantie 12, 15, 20, 56, 58, 61, 62, 64, 74, 87, 147, 230
Tweede Wereldoorlog 27, 135, 140
Vaccinatie 18, 31, 33, 34, 38, 47, 48, 72, 93, 151, 169, 170, 179, 180, 194, 195
Van de begrotingsuitgaven 193
Veiligheid 6, 12, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 40, 43, 44, 45, 46, 53, 56, 57, 58, 62, 63, 64, 65, 68, 72, 81, 84, 87, 90, 91, 96, 117, 119, 122, 127, 146, 147, 153, 164, 199, 204, 226, 229
Vereenvoudiging 4, 31, 41, 88, 135, 139
Verpleeghuiszorg 96, 191, 220
Verpleging 20, 29, 82, 84, 85, 86, 91, 95, 99, 192, 229
Verslavingszorg 42, 77, 180, 198
Verzorging 11, 20, 24, 29, 82, 84, 85, 86, 91, 95, 96, 99, 192, 216, 219, 229
Verzorgingshuiszorg 191
Voeding 37, 40, 41, 43, 45, 52, 90, 91, 92, 125, 149, 153, 154, 155, 156, 164, 216, 226, 229
Voedsel 2, 6, 30, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 44, 45, 153, 156, 227, 229
Voorlichtingsbeleid 27, 140
Vrijheid 13, 17, 56, 85, 94, 95, 135, 136, 140, 141
Vrijwilliger 16, 24, 28, 31, 94, 103, 107, 110, 111, 112, 113, 121, 122, 128, 129, 214, 217, 223, 224, 225, 228
VTV 8, 229
Wachttijd 66
Wet maatschappelijke ondersteuning 24, 103, 108, 229
WHO 51, 70, 145, 146, 165, 229
Wmo 5, 9, 24, 29, 68, 99, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 112, 115, 117, 121, 176, 182, 183, 184, 212, 223, 225, 229
WO II 27, 30, 135, 136, 137, 140, 141, 207
Zelfdoding 58, 72
Ziekenhuiszorg 14, 19, 22, 28, 78, 96, 146, 191
Ziekenhuizen 13, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 28, 29, 31, 46, 56, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 68, 69, 78, 177, 183, 186, 187, 192, 221, 223, 226, 228
ZonMw 9, 19, 31, 34, 35, 40, 42, 44, 47, 49, 51, 53, 54, 70, 72, 230
Zorgaanbieder 9, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 23, 30, 57, 58, 60, 61, 62, 69, 73, 75, 77, 81, 82, 85, 86, 87, 89, 94, 95, 97, 98, 100, 144, 146, 159, 224
Zorgaanbod 22, 30, 57, 58, 60, 62, 63, 74, 89, 97
Zorgautoriteit 14, 82, 144, 177, 228
Zorgbalans 7, 8, 13, 35, 50, 57, 66, 82, 87
Zorgconsument 57, 146, 176
Zorginstelling 20, 22, 23, 31, 56, 57, 61, 78, 81, 86, 92, 93, 94, 96, 100, 112, 144, 147, 160, 192, 226, 230
Zorgkantoorstructuur 88
Zorgplan 95
Zorgstelsel 8, 11, 12, 30, 56, 57, 58, 60, 62, 81, 82, 83, 85, 144
Zorgtoeslag 6, 8, 57, 74, 79, 190, 196, 214
Zorgverzekeraar 9, 12, 14, 18, 22, 23, 30, 34, 35, 39, 49, 57, 58, 60, 68, 73, 74, 75, 77, 78, 87, 88, 177, 181, 183, 185, 199, 218, 222, 230
Zorgverzekeringswet 8, 10, 13, 31, 57, 73, 75, 80, 144, 185, 213, 221, 224, 230
Zorgvoorziening 26, 30, 36, 37, 39, 51, 53, 129
Zorgzwaartebekostiging 17, 31, 93, 94, 95, 96, 97, 230
Zorgzwaartepakket 219
Zwangerschap 25, 26, 32, 54, 64, 72, 160, 204, 220, 221
Zwerfjongeren 103, 120, 121