

Vergaderjaar 2001–2002

28 000 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2002

Nr. 2

MEMORIE VAN TOELICHTING

INHOUDSOPGAVE

A. Artikelsgewijze toelichting bij het begrotingswetvoorstel	2
B: Begrotingstoelichting	4
Leeswijzer	4
Beleidsagenda 2002	11
Beleidsartikelen	26
Beleidsartikel 1: Gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming	26
Beleidsartikel 2: Curatieve somatische zorg	38
Beleidsartikel 3: Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	54
Beleidsartikel 4: Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid	65
Beleidsartikel 5: Verpleging, verzorging en ouderen	76
Beleidsartikel 6: Arbeidsmarktbeleid	85
Beleidsartikel 7: Jeugdbeleid	91
Beleidsartikel 8: Sociaal beleid	102
Beleidsartikel 9: Sportbeleid	110
Beleidsartikel 10: Verzetsteelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen	116
Beleidsartikel 11: Inspecties	126
Beleidsartikel 12: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	136
Beleidsartikel 13: Rijksbijdrage volksgezondheid	145
Beleidsartikel 14: Algemeen	147
Beleidsartikel 15: Nominaal en onvoorzien	160
Baten-lastendiensten	161
Bedrijfsvoeringsparagraaf	172
Verdiepingsbijlage	174
Bijlage: Moties en toezeggingen	208
Afkortingenlijst	219
Trefwoordenlijst	224

A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGSWET- VOORSTEL

Wetsartikel 1

De begrotingen die onderdeel uitmaken van de Rijksbegroting, worden op grond van artikel 1, derde lid, van de Comptabiliteitswet elk afzonderlijk bij de wet vastgesteld. Het onderhavige wetsvoorstel strekt ertoe om de begroting van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport voor het jaar 2002 vast te stellen.

Alle voor dit jaar vastgestelde begrotingswetten tezamen vormen de Rijksbegroting voor het jaar 2002. Een toelichting bij de Rijksbegroting als geheel is opgenomen in de Miljoenennota 2002.

Met de vaststelling van dit wetsartikel wordt in de begrotingsstaat opgenomen begroting van de uitgaven, verplichtingen en de ontvangsten voor het jaar 2002 vastgesteld. De in die begroting opgenomen begrotingsartikelen worden in onderdeel B van deze memorie van toelichting toegelicht.

Wetsartikel 2

Onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ressorteren de baten-lasten diensten «Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen» en het «Agentschap Keuringsdienst van Waren».

Wetsartikelen 4 en 5

De bepalingen, opgenomen in de wetsartikelen 4 en 5 zijn noodzakelijk, omdat de Comptabiliteitswet 2001 (CW 2001) nog niet in werking is getreden. Deze wet, die de huidige Comptabiliteitswet zal gaan vervangen, is op 5 juli 2001 bij de Tweede Kamer ingediend (TK, 2000–2001, 27 849). In de CW 2001 zijn bepalingen opgenomen die ertoe moeten leiden dat de begrotingen een meer beleidsmatig karakter krijgen. Die bepalingen bevatten de kern uit het gedachtegoed van de Nota VBTB¹ (Van Beleidsbegroting Tot Beleidsverantwoording). De begrotingen worden daartoe opgebouwd uit voornamelijk beleidsartikelen. Om meer inzicht te geven in het beleid dat met de uitgetrokken gelden wordt nagestreefd, moet de toelichting bij de beleidsartikelen antwoord kunnen geven op de www-vragen: Wat wil de regering bereiken (doelstellingen), wat gaat zij daarvoor doen (inzet van instrumenten en te verrichten activiteiten/prestaties) en wat mag dat beleid kosten.

Na overleg met de Tweede Kamer is besloten dat voor het eerst voor het begrotingsjaar 2002 de departementale begrotingen op deze nieuwe leest zouden worden geschoeid. Gelijktijdig zouden daartoe de noodzakelijke bepalingen van de CW gewijzigd worden. Het wetgevende proces om die wijzigingen door te voeren, neemt meer tijd in beslag dan was voorzien. Bij de begrotingsvoorbereiding 2002 is door alle departementen al van de VBTB-bepalingen uit ontwerp-CW 2001 uitgegaan. Teneinde geen onduidelijkheid te laten bestaan over de juridische basis van de begrotingsopzet 2002 wordt er thans voor gekozen om bij deze begrotingswet voor het jaar 2002 vooruit te lopen op de noodzakelijke wijzigingen in de CW. Daartoe worden in wetsartikel 4 een aantal bepalingen uit de huidige CW niet (meer) van toepassing verklaard op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

¹ TK 1998/1999, 26 573.

In wetsartikel 5 worden vervolgens ter vervanging de relevante VBTB-bepalingen uit de CW 2001 opgenomen.

De bepalingen die op grond van wetsartikel 4 uit de huidige CW komen te vervallen, luiden:

Artikel 5, eerste, derde, zesde en negende lid.

- 1. De ramingen van de verplichtingen en de uitgaven enerzijds en die van de ontvangsten anderzijds worden opgenomen in afzonderlijke begrotingsartikelen.*
- 3. Het bepaalde in het eerste lid is niet van toepassing op de ramingen van de uitgaven en de ontvangsten die op grond van het bepaalde in artikel 23, vierde lid, in mindering zullen worden gebracht op ontvangsten, onderscheidenlijk op uitgaven.*
- 6. Een begroting kan een begrotingsartikel «onvoorzien» en een begrotingsartikel «geheim» bevatten.*
- 9. Ten behoeve van de verwerking van de gevolgen van de loon- en van de prijsontwikkeling bevat een begroting een administratief begrotingsartikel «loonbijstelling» en een administratief begrotingsartikel «prijsbijstelling».*

De bepalingen in de leden 1 t/m 10 van wetsartikel 5 corresponderen met de volgende artikel(leden) uit de CW 2001. Voor een inhoudelijke toelichting bij de verschillende onderdelen wordt verwezen naar Kamerstukken II, 2000/2001, 27 849.

Lid 1 = Artikel 2, lid 2.

Lid 2 = Artikel 4, lid 1.

Lid 3 = Artikel 5, lid 1.

Lid 4 = Artikel 5, lid 2.

Lid 5 = Artikel 5, lid 3.

Lid 6 = Artikel 6, lid 1.

Lid 7 = Artikel 6, lid 2.

Lid 8 = Artikel 6, lid 3.

Lid 9 = Artikel 6, lid 4.

Lid 10 = Artikel 6, lid 5.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van het bepaalde in artikel 25a, derde lid, onder b, van de Wet op de Raad van State.

B: BEGROTINGSTOELICHTING

Leeswijzer

In deze beleidsbegroting over 2002 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport staan de doelstellingen van het beleid centraal. De begroting maakt inzichtelijk welke instrumenten en middelen het ministerie inzet om deze doelstellingen te bereiken. De beleidsbegroting bestaat uit de volgende onderdelen:

- I De beleidsagenda
- II De beleidsartikelen
- III De paragraaf over de baten-lastendiensten
- IV De bedrijfsvoeringsparagraaf
- V Bijlagen waaronder de Verdiepingsbijlage en de bijlage Moties en toezeggingen

Deze leeswijzer heeft dezelfde opbouw.

I De beleidsagenda: domein en uitgangspunten

De beleidsagenda is een korte weergave van de beleidsprioriteiten op de diverse beleidsartikelen.

Beleidsprioriteiten die tot het domein van VWS behoren worden niet alleen gefinancierd vanuit de rijksmiddelen (de begroting), maar vooral ook uit de premieontvangsten. Bij deze premiegefinancierde uitgaven gaat het uitsluitend om de zorg. VWS maakt zowel een begroting als een Zorgnota. Hoewel het twee verschillende documenten zijn, hebben de begroting en de Zorgnota een bereik dat elkaar beleidsmatig en budgettair deels overlapt, namelijk de uitgaven voor de zorg op de VWS-begroting. Zou de beleidsagenda beperkt worden tot het begrotingsdomein, dan zouden we hier een onvolledige en kunstmatig «vanuit de financiering geknipte» beleidsagenda presenteren. Daarom hebben we ervoor gekozen in deze begroting één integrale beleidsagenda op te nemen die *alle* beleidsprioriteiten van VWS omvat. Deze beleidsagenda is ook opgenomen in de Zorgnota.

II Opzet van de artikelen

Het totaal van de begrotingsmiddelen is verdeeld over 15 artikelen. Daarbij hebben we een onderscheid gemaakt in beleids- (13) en niet-beleidsartikelen (2). De niet-beleidsartikelen verantwoorden de niet-toerekenbare en sectoroverstijgende budgetten (Algemeen) en de verdeelposten voor nominale bijstellingen en onvoorzien uitgaven (Nominaal en onvoorzien). Bij de beleidsartikelen hebben we omwille van de transparantie de indeling van de beleidsbegroting en de Zorgnota op elkaar afgestemd. Gevolg hiervan is dat de artikelindeling van de begrotingsuitgaven die onder het budgettair kader zorg vallen, (in hoge mate) overeenstemt met de indeling naar sectoren in de Zorgnota. Het gaat hier om de artikelen Gezondheidsbevordering en -bescherming, Curatieve somatische zorg, Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang, Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid, Verpleging, verzorging en ouderen en Arbeidsmarktbeleid.

De opbouw van de artikelen (1 tot en met 14) is als volgt:

1. Algemene doelstelling
2. Operationele doelstelling en instrumenten
3. Budgettaire gevolgen van beleid

4. Budgetflexibiliteit
5. Groeiparaagraaf VBTB

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

1. Algemene doelstelling

Elk beleidsartikel begint met een *algemene doelstelling*. Deze doelstelling beperkt zich niet tot de inzet van begrotingsmiddelen, maar strekt zich uit over het totale beleidsveld. Voor bovengenoemde beleidsartikelen betekent dit dat de algemene doelstelling wordt bereikt door de inzet van zowel begrotings- als premiemiddelen. De budgettaire bijdrage vanuit de begroting om de algemene doelstellingen op de beleidsterreinen te realiseren is in de meeste gevallen beperkt, in relatie tot de inzet van premiemiddelen. De prestaties van de inzet van begrotingsmiddelen (vaak stimuleringsubsidies en onderzoeken) dragen bij aan effecten voor of in de premiesector. Om deze verhouding te illustreren, presenteren we in deze begroting bij elk beleidsartikel het totale budget, zoals opgenomen in de Zorgnota.

Een voorbeeld is de algemene doelstelling van het beleidsartikel Verpleging, verzorging en ouderen: *Een tijdige passende, kwalitatief goede en betaalbare verpleging, verzorging en dienstverlening voor mensen die daaraan een maatschappelijk aanvaarde behoefte hebben*. Deze algemene doelstelling streven we na door de inzet van begrotingsmiddelen, maar vooral door de inzet van premiemiddelen. Vanuit de begroting wordt onderzoek gefinancierd naar normen voor wachtlijsten. Vanuit de premiemiddelen wordt extra geld ingezet voor het daadwerkelijk verminderen van de wachtlijsten (de productie). De inzet van premiemiddelen is vele malen groter dan de inzet van begrotingsmiddelen.

2. Operationele doelstelling en instrumenten

Op het «diepere» niveau, namelijk dat van de *operationele doelstelling*, is de inzet van begrotingsgeld de primaire invalshoek. Bij elke operationele doelstelling staat een beschrijving van de begrotingsgefinancierde instrumenten die bijdragen aan het realiseren van die doelstelling. De operationele doelstellingen en instrumenten zijn waar mogelijk voorzien van *prestatiegegevens*.

Deze prestatiegegevens kunnen gerelateerd zijn aan operationele doelstellingen (*outcome*) en aan de beleidsinstrumenten (*output*). Wanneer prestatiegegevens zijn gerelateerd aan de inzet van instrumenten, is dat vaak verwoord in producten en activiteiten die met deze middelen mogelijk worden gemaakt. Prestatiegegevens die samenhangen met de operationele doelstellingen geven een indicatie van de mate waarin de operationele doelstelling wordt bereikt, of de mate waarin (gewijzigde) voortzetting van het beleid is aangewezen. Of concretisering van operationele doelstellingen in termen van prestatiegegevens mogelijk is, hangt ook af van de aard van de operationele doelstelling. Voor een deel van de operationele doelstellingen kunnen uitspraken over de mate waarin de beoogde doelstellingen zijn bereikt, respectievelijk de maatschappelijke ontwikkelingen nopen tot (gewijzigde) voortzetting van het beleid, slechts worden gedaan door de inzet van evaluatieonderzoek.

Veronderstellingen over de mate waarin effecten bereikt worden, doelmatigheid en raming zijn niet afzonderlijk gepresenteerd maar – voor zover relevant – meegenomen in de toelichting op algemene en operationele doelstellingen.

Relatie tussen de beleidsartikelen en de Welzijnsnota

De *Welijnsnota* is een beleidsmatig belangrijk document, dat periodiek verschijnt. De *Welijnsnota* is ingedeeld naar de volgende programmalijnen:

- (1) participatie en toegankelijkheid;
- (2) het voorkomen en bestrijden van sociale uitsluiting;
- (3) het ondersteunen van lokaal sociaal beleid;
- (4) het ondersteunen van professionaliteit en kwaliteit van voorzieningen;
- (5) het volgen van ontwikkelingen via onderzoek, monitoring en informatievoorziening.

In deze VWS-beleidsbegroting leveren verschillende beleidsartikelen een bijdrage aan het realiseren van de doelstellingen van de programmalijnen in de *Welijnsnota*. Dit komt tot uitdrukking in de toelichting op het beleidsartikel.

In een deel van de beleidsartikelen is de bijdrage aan de *Welijnsnota* een aparte operationele beleidsdoelstelling («bijdrage aan de *Welijnsnota*»). Dit geldt voor de beleidsartikelen Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid, Jeugdbeleid en Sociaal beleid.

In een ander deel van de beleidsartikelen is de bijdrage aan de *Welijnsnota* verwerkt in andere operationele beleidsdoelstellingen. Dit geldt voor de beleidsartikelen Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang, Verpleging, verzorging en ouderen en Sportbeleid. Het beleidsartikel Sociaal beleid bevat een samenvattend overzicht van de bijdragen van de verschillende beleidsartikelen aan de programmalijnen van de *Welijnsnota*.

3. Budgettaire gevolgen van beleid

De vaststelling van de voor u liggende ontwerpbegroting 2002 geschiedt in duizenden euro's, zoals artikel 3 van het wetslichaam aangeeft. In verband met de conversie van guldenbedragen naar eurobedragen kan de som van de eurototalen van de (sub)artikelonderdelen in de budgettaire tabellen afwijken van het eurototaal op artikelniveau. Het gaat hierbij om kleine afrondingsverschillen. Ook in de verdiepingsbijlage kunnen geringe afrondingsverschillen voorkomen.

Elk beleidsartikel bevat een tabel met de budgettaire gevolgen van beleid. De programma-uitgaven zijn toegerekend aan de operationele doelstellingen in kwestie. Binnen de operationele doelstelling zijn bij de programma-uitgaven de garanties, en het beslag van de rijksbijdragen aan zbo's en lokale overheden afzonderlijk aangegeven. De wijze van presentatie wijkt daarmee af van de Rijksbegrotingsvoorschriften. Over deze afwijkende presentatie is overeenstemming met de Minister van Financiën. De programmauitgaven bestaan met uitzondering van de hiervoor genoemde financiële instrumenten nagenoeg volledig uit subsidies. Een relatief klein deel van de programma-uitgaven wordt verricht in de vorm van opdrachten (op basis van een overeenkomst). Daar waar in de toelichting op de instrumenten het begrip subsidie wordt gehanteerd worden daarmee tevens deze opdrachten bedoeld.

De apparaatuitgaven van het kerndepartement zijn aan de beleidsartikelen toegerekend op basis van de indeling van de beleidsartikelen, voor zover er een directe relatie bestaat tussen de algemene beleidsdoelstelling en de apparaatuitgaven. De Inspecties staan in een apart beleidsartikel. Artikel 14 bevat de apparaatuitgaven van het kernministerie die geen directe relatie hebben met de doelstelling zoals opgenomen in het beleidsartikel. Hier staat eveneens een overzicht van de volumegegevens van de apparaatuitgaven die aan de beleidsartikelen ten grondslag liggen (aantallen fte's).

4. Budgetflexibiliteit

Na de budgettaire tabel wordt aandacht besteed aan het onderwerp budgetflexibiliteit. Daarbij is de systematiek gevolgd dat het kasbeslag over de jaren 2002 tot en met 2006 van de verplichtingen in een percentage worden weergegeven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar:

- verplichtingen die rechtstreeks voortvloeien uit bijvoorbeeld een wettelijke regeling of een beschikking en die in hetzelfde jaar en/of latere jaren tot uitgaven leiden. In de tabellen wordt daarvoor de term juridische verplichtingen gehanteerd. Het gaat hierbij over het algemeen om door middel van subsidiebeschikkingen vastgelegde meerjarige incidentele verplichtingen, bijvoorbeeld subsidies ten behoeve van meerjarige projecten. Met betrekking tot de apparaatsuitgaven wordt overeenkomstig de Rijksbegrotingvoorschriften ervan uitgegaan dat deze als juridisch verplicht gelden. Voor deze uitgaven geldt namelijk dat daarop nagenoeg geheel de fictie verplichtingen=kas van toepassing is. In de toelichting bij de desbetreffende artikelen wordt voor bepaalde uitgavencategorieën nog nader aangegeven in hoeverre deze als juridisch verplicht moeten worden aangemerkt.
- verplichtingen die weliswaar nog niet verplicht zijn door bijvoorbeeld een concrete (subsidie)beschikking, maar die op grond van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur een onontkoombaar karakter hebben. Het gaat hierbij met name om specifieke uitkeringen aan gemeenten en provincies en (instellings)subsidies met een structureel karakter. In de tabellen wordt in aansluiting met de Rijksbegrotingvoorschriften hiervoor de term niet-juridische verplichtingen gehanteerd. Voor deze verplichtingen wordt voor het jaar 2003 uitgegaan van 100% onontkoombare verplichting en voor de jaren na 2003 wordt uitgegaan van continuering van deze verplichtingen (ongewijzigd beleid).

Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en de daarop volgende jaren).

Het geeft in feite het percentage van de uitgaven weer dat nog niet concreet is belegd met verplichtingen (ten opzichte van derden). Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer, zoals bijvoorbeeld de Welzijnsnota, verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats. Het gaat daarbij voor een substantieel deel ook om intensiveringen die bij eerste suppletore begroting zijn toegevoegd en om intensiveringen die in deze begroting zijn opgenomen.

De weergegeven verplichtingenpercentages zijn ontleend aan de departementale administratie en geven de stand weer op het peilmoment (1 augustus). Nadien kunnen zich wijzigingen in deze stand hebben voorgedaan. Ten tijde van de behandeling van de begroting in de Kamer kan desgewenst een nieuwe geactualiseerde stand worden weergegeven.

5. Groeiparaagraaf VBTB

In de groeiparaagraaf VBTB zijn de verbeterpunten aangegeven die in de toekomst zullen leiden tot een grotere inzichtelijkheid in de te realiseren prestaties. Om dit te bereiken kunnen meerdere mogelijkheden worden benut, zo kunnen doelstellingen nader (kwantitatief) worden geoperationaliseerd, meer prestatiegegevens worden verzameld of evaluatieonderzoek worden gedaan. Welke mogelijkheid wordt benut hangt sterk af van het in te zetten beleidsinstrument. In de groeiparaagraaf VBTB worden uitsluitend de geplande activiteiten opgenomen.

III De baten-lastendiensten

VWS kent op dit moment twee baten-lastendiensten: het agentschap Keuringsdienst van Waren en het agentschap College Beoordeling Geneesmiddelen (ACBG). In de presentatie van de baten-lastendiensten in deze begroting maken we een knip. De beleidsmatige toelichting op de activiteiten van het agentschap staat onder het desbetreffende beleidsartikel. Voor het ACBG is de beleidsinformatie toegerekend aan beleidsartikel 2 (Curatieve somatische zorg). In dit artikel wordt de bijdrage van het agentschap aan de verwezenlijking van de operationele doelstelling op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening in algemene zin omschreven. Informatie over de door het agentschap gerealiseerde prestaties staan, gelet op de nauwe samenhang met de financiële kerngegevens over het agentschap, vermeld in de agentschapsparaagraaf. De beleidsmatige alsmede de informatie over de voor Keuringsdienst van Waren geleverde prestaties staat in beleidsartikel 11 over de inspecties.

IV De bedrijfsvoeringsparaagraaf

In de bedrijfsvoeringsparaagraaf wordt ingegaan op aantal hoofdlijnen van de bedrijfsvoering binnen VWS. In deze paraagraaf wordt ook nader ingegaan op de ontwikkelingen die met het oog op de implementatie van VBTB voor de bedrijfsvoering van belang zijn.

V De bijlagen

In de verdiepingsbijlage vindt u de zogenoemde was/wordt-tabel. Deze tabel geeft aan hoe de oude en de nieuwe begrotingsindeling op elkaar aansluiten. In deze bijlage staan ook de toelichtingen op de mutaties vanaf 2002 ten opzichte van de eerste suppletore wet. Verplichtingenmutaties worden niet toegelicht voor zover het gaat om mutaties met een technisch karakter. Dit is bij de meeste verplichtingenmutaties het geval. Technische mutaties zijn onder andere de bij de kasmutaties behorende verplichtingenmutaties (kas = verplichtingen), en het aanpassen van de verplichtingenraming als gevolg van het aangaan van meerjarige projectsubsidies. Bij deze mutaties wordt de verplichtingenraming in het uitvoeringsjaar verhoogd en in de daarop volgende jaren met het zelfde bedrag verlaagd. In alle gevallen hebben de mutaties geen gevolgen voor de kasraming.

In de bijlage moties en toezeggingen wordt een overzicht gegeven van door de bewindspersonen gedane toezeggingen en de stand van zaken van door de Tweede Kamer aanvaarde moties.

Overzichtsconstructies

In deze begroting verantwoordt het ministerie van VWS budgetten die deel uitmaken van de overzichtsconstructies Grote Steden Beleid (GSB) en de Homogene groep Internationale samenwerking (HGIS). De Hgis-nota 2002 van het ministerie van Buitenlandse Zaken bevat een overzicht van de onder Internationale samenwerking verantwoorde budgetten bij de verschillende departementen.

Grotestedenbeleid

Een overzicht van de geldstromen voor het grotestedenbeleid staat in het Extra Comptabele Overzicht Grotestedenbeleid (ECO-GSB) dat de minister van Grote Steden- en Integratiebeleid met zijn begroting naar de Kamer stuurt. In zijn begroting staat meer inhoudelijke informatie over het grotestedenbeleid.

In het onderstaande overzicht staan de budgetten van VWS die binnen het GSB-kader vallen. De VWS-begroting kent geen specifieke GSB-artikelen. Er zijn vijf VWS-geldstromen die voor een deel van hun budget binnen het GSB-kader vallen. Dit deel is bestemd voor de doelgroep van het grotestedenbeleid: de 25 grote steden. De toelichting op het gehele budget inclusief het GSB-deel vindt u op de in de onderstaande tabel genoemde artikelen.

De meerjarige doorloop van de cijfers zijn momenteel de best mogelijke schattingen van de GSB-relevante uitgaven in de toekomst.

Tabel 1: GSB-ramingen

Bedragen x € 1000	Artikel	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid (1)	16.03	149 411	149 411	149 411	149 411	149 411	149 411
Heroïne-experimenten (2)	16.03	2 450	4 629	4 629			
Algemeen maatschappelijk werk (3)	16.03	3 499	3 499	3 499			
Kinderopvang en naschoolse activiteiten (4)	16.07	40 850	43 740				
Sportbeleid (5)	16.09	4 178	4 055	3 043	1 994	1 583	
Inburgering nieuwkomers (6)	16.08	29 289	29 372	29 368	29 285	29 285	29 285

Ad 1: De raming van de reeksen is gebaseerd op de adviezen van de Raad voor Financiële verhoudingen.

Ad 2: Het kabinet heeft besloten extra middelen ter beschikking te stellen voor de uitvoering van heroïne-experimenten. Op dit moment is nog niet bekend aan welke steden deze middelen ter beschikking zullen worden gesteld. Zodoende is de reeks grotestedenbeleid nog onzeker.

Ad 3: De gemeenten ontvangen één uitkering die achteraf op basis van gerealiseerde fte's wordt afgerekend.

Ad 4: Tot en met 2002 worden deze verstrekt op basis van de Tijdelijke regeling buitenschoolse opvang. Vanaf 2003 worden de middelen verstrekt op basis van een nieuwe wet: Wet Basisvoorziening Kinderopvang (WBK).

Ad 5: De gemeenten hebben voor deze stimuleringsregeling op basis van projectplannen meerjarig middelen toegezegd gekregen. Aan het eind van de verschillende projectperiodes vindt de afrekening plaats.

Ad 6: De meerjarige cijfers voor het grotestedenbeleid zijn de doorgetrokken cijfers uit 2001. Gezien de t-2-afrekensystematiek op basis van de prestaties van de gemeenten, is op dit moment niet te bepalen wat het GSB-deel in de toekomst precies zal zijn.

Homogene groep internationale samenwerking

De budgetten voor deze overzichtsconstructie worden verantwoord op niet-beleidsartikel 14, operationele doelstelling personeel kernministerie. Het gaat hier om de personele lasten van de VWS-attachés op diplomatieke posten te Washington, Parijs en Brussel. De uitgaven hiervoor bedragen op dit moment € 0,6 mln.

Inleiding

In deze beleidsagenda voor 2002 schetsen wij de hoofdlijnen van het beleid zoals we dat hebben uitgewerkt in de bijbehorende Begroting en Zorgnota 2002. Grotendeels zijn deze een voortzetting van wat we op basis van het Regeerakkoord in voorgaande jaren in gang hebben gezet. Uiteraard staan concrete doelen voor 2002 centraal, maar er komen onvermijdelijk ook vergezichten voor latere jaren aan de orde, omdat beleids- en veranderingsprocessen nu eenmaal meerdere jaren vergen.

De belangrijkste doelstellingen uit het Regeerakkoord zijn en blijven het verminderen van wachtlijsten en werkdruk. Daarnaast zijn – om een betere aansluiting tussen vraag en aanbod, flexibilisering van het aanbod en een grotere doelmatigheid te realiseren – het moderniseren van de uitvoering van de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), het herijken van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veld en het voorbereiden van een nieuw verzekeringstelsel als prioriteiten aangemerkt. Ook het behoud van onderlinge solidariteit, het versterken van de positie van zwakkere groepen in de samenleving en het aangaan van nieuwe uitdagingen op het terrein van ethiek hebben de afgelopen jaren de nodige aandacht gekregen en blijven onze voortdurende aandacht krijgen.

De afgelopen drie jaar hebben we een fors deel van deze doelstellingen uit het Regeerakkoord uitgevoerd en is belangrijke vooruitgang geboekt. Met name de aanpak van wachtlijsten is de laatste jaren in een stroomversnelling gekomen. Hoewel we er nog niet zijn, worden goede resultaten zichtbaar. Naast de wachtlijstaanpak wordt stapsgewijs gewerkt aan het moderniseren van care en cure. Ook is het aantal plaatsen voor kinderopvang aanzienlijk uitgebreid en is de Wet basisvoorziening kinderopvang (WBK) in een vergaand stadium van voorbereiding. Verder hebben we op veel terreinen nieuwe initiatieven genomen om een gezonder leven te bevorderen. Door de meevallende budgettaire ontwikkeling kon het kabinet veel meer ruimte vrijmaken om extra zorg te leveren, om knelpunten op de arbeidsmarkt en knelpunten in de beroepsuitoefening van specifieke beroepsgroepen te bestrijden. De economische voorspoed kan echter ook zelf aanleiding zijn om extra inspanningen te leveren, omdat de samenleving – mede hierdoor – steeds meer verwacht van de kwaliteit van de publieke voorzieningen en daaraan hogere eisen stelt.

Met deze beleidsagenda spelen wij nadrukkelijk in op een aantal lange termijntrends die onder andere in «Zorg met Toekomst» worden beschreven. Dat betreft ten eerste de demografische ontwikkeling. De vergrijzing van de bevolking is zeker in een aantal opzichten de belangrijkste, meest voorspelbare trend waarmee het overheidsbeleid voor de middellange termijn rekening zal moeten houden. Verder hebben andere uiteenlopende demografische ontwikkelingen – meer oudere allochtonen, meer alleenstaanden, oudere moeders, asielzoekers, enzovoorts – een ingrijpend, maar nog niet volledig bekend effect op de zorgvraag. Deze veranderingen in de zorgvraag zullen zorgaanbieders flexibel en creatief moeten kunnen opvangen. De voortgaande individualisering is een belangrijke trend als het gaat om noodzakelijke, toekomstige veranderingen in het zorgstelsel. Burgers beschouwen de gezondheidszorg al lang niet meer als een gunst en uiten hun wensen nadrukkelijker. De aanhoudende welvaarts-groei van het afgelopen decennium maakt het ook mogelijk voor veel burgers om die eigen wensen en die eigen verantwoor-

delijkheden vorm te geven. Tegelijkertijd heeft de voortschrijdende technologie ook daadwerkelijk keuzes mogelijk gemaakt. In de verdere toekomst kunnen technologische ontwikkelingen leiden tot dure behandelingen op individueel niveau. Het zorgaanbod speelt in op nieuwe technische mogelijkheden met organisatorische veranderingsprocessen als extra- en transmuralisering. Dit is ook noodzakelijk, omdat een groeiend aantal burgers met een chronische aandoening een geïntegreerd en passend zorgaanbod nodig heeft en wenst. Dit zal bijvoorbeeld gepaard moeten gaan met een groei van (nieuwe en oude) voorzieningen in de care.

Er volgt een logische conclusie uit deze ontwikkelingen. Om ook in de toekomst een goede gezondheidszorg in Nederland te waarborgen moeten de betrokken partijen voldoende vrijheidsgraden krijgen om permanent innovatief te kunnen handelen. Dat heeft ook gevolgen voor het handelen van de overheid. De rode draad in deze beleidsagenda is dan ook de veranderende rol van de overheid op vrijwel alle terreinen van volksgezondheid, welzijn en sport. In het verleden lag, in verband met het sterke belang van de gezondmaking van de publieke financiën, de nadruk op het beheersbaar maken en houden van de uitgavenontwikkeling door middel van het regelen van het aanbod van zorgvoorzieningen. Sinds enige jaren vindt een ingrijpende omslag in denken en doen plaats. De omslag van aanbodgeruleerde naar vraaggestuurde stelsels in de zorg, de jeugdzorg en de kinderopvang vergt zowel een andere rol van de overheid als meer verantwoordelijkheid en beleidsruimte voor maatschappelijke organisaties. De verantwoordelijkheid van de overheid wordt meer kaderstellend en toezichhoudend in plaats van uitvoerend. Deze omslag vergt een forse beleids- en regie-inspanning van de overheid, niet alleen wat betreft wijziging van wet- en regelgeving, maar ook om maatschappelijke organisaties goed voor te bereiden en te komen tot een omslag in het sturingsinstrumentarium. Op dat vlak maken we grote vorderingen. Tegelijkertijd creëert dat echter een overgangssituatie, van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing, die soms spanningen oplevert.

In de beleidsagenda 2002 staan de volgende onderwerpen: moderniseren van care en cure, nadere uitwerking nieuw verzekeringsstelsel, aanpak wachttijden, verbetering arbeidsmarkt, verdere uitbreiding kinderopvang, beroepsgroepen in beweging, transparantie en ICT, patiënten- en consumentenbeleid, maatschappelijke participatie, sociale infrastructuur, jeugdzorg, kiezen voor gezond en sportief leven, zorg voor geestelijke gezondheid en veiligheid en toezicht. Deze onderwerpen vormen onze beleidsprioriteiten voor 2002. Het moge duidelijk zijn dat deze onderwerpen hun belang ook op de lange termijn zullen behouden. In de verkenningen «Zorg met Toekomst» en «Sociaal gericht, sociaal verplicht» gaat het kabinet nader in op de dilemma's en de beleidsopties op deze terreinen voor de langere termijn.

Het moderniseren van care en cure: de hervorming van het zorgstelsel

De rode draad in het beleid om de care en cure te moderniseren is de omslag van een aanbodgestuurd stelsel naar een systeem waarin de vraag van burgers centraal staat. Daarnaast gaat het om het verhogen van de doelmatigheid. Een vraaggericht zorgsysteem, met prikkels voor alle partijen om de premiemiddelen zo doelmatig mogelijk te besteden, is de beste garantie dat ook in de toekomst essentiële zorg voor iedereen toegankelijk blijft.

Allereerst gaan we in op de ontwikkelingen in de AWBZ. In juni 1999 verscheen de nota «Zicht op Zorg». De doelstelling van deze nota is een betere aansluiting tussen vraag en aanbod, flexibilisering van de zorg, het vergroten van de keuzevrijheid en zeggenschap van de verzekerden en het herstellen van het verzekeringskarakter van de AWBZ. Dit krijgt onder meer vorm door de invoering van persoonsvolgende bekostiging. Een nieuwe impuls daarvoor is gegeven door het rapport van de commissie-Etty en heeft geleid tot de voorstellen tot vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget (PGB) waarover de Kamer bij brief van 17 juli jongstleden is geïnformeerd. In deze brief wordt nadere uitwerking gegeven aan de vormgeving van een vraaggestuurde AWBZ. In de eerste plaats zullen de verstrekkingen niet langer instellingsgebonden, maar functioneel worden omschreven. Ten tweede kunnen cliënten een keuze maken tussen een PGB of zorg in natura. Bij zorg in natura kan een cliënt gebruik maken van de zorg die de verzekeraar met aanbieders heeft gecontracteerd. Daarbij zijn verschillende modaliteiten mogelijk. Een cliënt kan bijvoorbeeld instappen op een zorgarrangement dat de zorgaanbieder heeft samengesteld en dat door de verzekeraar is gecontracteerd, hij kan ook zélf zijn zorgarrangement samenstellen bij verschillende door de verzekeraar gecontracteerde aanbieders. In beide gevallen wordt de in natura te leveren zorg persoonsvolgend bekostigd. Als een cliënt ontevreden is over de geleverde zorg kan hij een andere aanbieder zoeken. Deze nieuwe systematiek schept voorwaarden voor een betere kwaliteit en een vergroting van de transparantie. In de gehandicaptenzorg zijn reeds belangrijke stappen gezet in het kader van de nieuwe persoonsvolgende bekostiging. Indien de cliënt kiest voor een PGB krijgt hij een directe verantwoordelijkheid over de besteding van het budget.

Samen met de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) hebben wij een brief naar de Tweede Kamer gestuurd om het ontwikkelen van woonzorgarrangementen te stimuleren en te ondersteunen. Om mensen langer zelfstandig in hun omgeving te laten functioneren moet het aanbod op het gebied van wonen en zorg voor ouderen en vooral ook de diversiteit daarvan worden vergroot. De primaire verantwoordelijkheid voor het totstandkomen van een passend aanbod ligt bij het veld: zorginstellingen en woningcorporaties. We zullen vernieuwende initiatieven ondersteunen. Daartoe zetten we in 2001 en 2002 circa € 14 mln. extra in.

In de beleidsbrief «Modernisering curatieve zorg» hebben we het veranderingsperspectief geschetst voor de curatieve sector. Het veranderingsproces loopt al enkele jaren. Vanaf 2005 zullen risicodragende verzekeraars volledig verantwoordelijk zijn voor het contracteren van de noodzakelijke zorg op gereguleerde deelmarkten. De verzekeraars zullen de zorgverlening vraaggericht regisseren en organiseren. De overheid blijft zorgen dat de verzekerde toegankelijke en betaalbare zorg krijgt van een aanvaardbare kwaliteit. Ook blijft de overheid verantwoordelijk voor de infrastructuur en de planning en financiering van investeringen met een landelijk karakter, bijvoorbeeld (onderdelen van) de topklinische zorg en de medische beroepsopleidingen. Om dit perspectief te realiseren is dit jaar een aantal nieuwe activiteiten gestart in een samenhangend programma «MCZ 2005». In 2002 zal een aantal deelmarktonderzoeken voor dit programma zijn afgerond. Op basis van deze onderzoeken kan verdere deregulering plaatsvinden en kunnen de voorwaarden worden vervuld waaronder verzekeraars en zorgaanbieders een grotere vrijheid krijgen om onderling afspraken te maken.

Het centraal stellen van de zorgvraag vergt dat verzekeraars en aanbieders geleidelijk meer ruimte krijgen om op de zorgvraag van de patiënt in te spelen. De overheid is verantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen. Bij de vormgeving van deze ontwikkelingen komen alle centrale wettelijke instrumenten uit het zorgstelsel in beeld. Om de noodzakelijke deregulering in het overeenkomstenstelsel en in de regelgeving rondom het aanbod van zorginstellingen te bereiken, zijn wetswijzigingen noodzakelijk. Naast een voorstel tot herziening van het overeenkomstenstelsel wordt een voorstel voorbereid tot wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). Een wetsvoorstel tot herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv), het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (Wez), is dit voorjaar bij de Tweede Kamer ingediend.

Op weg naar een nieuw verzekeringsstelsel

In juli jongstleden ontving de Tweede Kamer de kabinetsnota «Vraag aan bod» (TK 2000–2001, 27 855, nr. 2), over vernieuwing van het zorgstelsel. De vernieuwing betreft zowel het brede terrein van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg als het herijken van het verzekeringsstelsel in engere zin. Centraal veranderingsthema is meer flexibiliteit en klantgerichtheid, te bereiken door meer vrijheid voor partijen in de uitvoering van de zorg. Dat is een geleidelijk proces, waarbij gaandeweg zorggebruikers, aanbieders en verzekeraars wat betreft rol en instrumenten beter geëquipeerd worden om vraaggerichte zorgverlening tot stand te brengen. De overheid ziet erop toe en bevordert dat die grotere ruimte voor veldpartijen op een verantwoorde wijze tot stand komt, waarbij ze publieke belangen als toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en solidariteit blijft borgen.

De huidige vijf verschillende verzekeringen tegen ziektekosten zullen volgens de voorstellen vervangen worden door één voor iedereen geldende algemene ziektekostenverzekering. De solidariteit wordt in het nieuwe stelsel gegarandeerd door het verplichte karakter van de verzekering, de acceptatieplicht bij verzekeraars en de bepaling dat een verzekeraar voor het basispakket aan alle verzekerden dezelfde premie moet rekenen. Het kabinet heeft gekozen voor een verzekering met een publiekrechtelijke grondslag. Deze kan goed worden gecombineerd met de door het kabinet wenselijk geachte uitvoering door private partijen, waaronder partijen met winstoogmerk. De AWBZ zal op termijn in deze algemene ziektekostenverzekering worden opgenomen. Het uitvoeren van de nieuwe verzekering komt in handen van concurrerende zorgverzekeraars. In de kabinetsnota «Vraag aan bod» is een verzekeringsstelsel op hoofdlijnen geschetst. Dit maakt het mogelijk om bij de komende formatie tot afrondende besluitvorming te komen. Het komende parlementaire jaar zal een aantal aspecten nog nader worden uitgewerkt.

Aanpak wachttijden

Het vraagstuk van de wachtlijsten en wachttijden blijft samenleving en politiek sterk bezighouden. Te lange wachttijden zijn in een wellevende samenleving niet aanvaardbaar en ook niet verenigbaar met het beginsel van «verzekerd zijn». Met het uitbrengen van het Actieplan Zorg Verzekerd in november 2000 (TK 2000–2001, 27 488, nr. 1) hebben we een nieuwe aanpak van het wachttijdenvraagstuk gemarkeerd. Teneinde een maximale inspanning te leveren om wachttijden in de zorg tot een aanvaardbaar niveau terug te dringen, bekijkt het kabinet tweemaal per jaar of hiertoe extra geld ter beschikking kan worden gesteld. Voorwaarden die aan de zorgverzekeraars gesteld worden zijn een transparante wijze van werken en het afrekenen op prestaties. Het extra geld dat

zorgverzekeraars kunnen besteden, komt boven op de gelden die bij het Regeerakkoord in het vooruitzicht zijn gesteld. Extra levering van zorg betekent echter niet automatisch wachttijdreductie. Er is immers een autonome groei van de zorgvraag door demografische factoren, nieuwe medische mogelijkheden en door de groeiende welvaart. Ook neemt door de groei van het aanbod de vraag toe. In de care gaat het daarbij met name om latente vraag, die zich bij een toenemend aanbod manifesteert. In de cure neemt dit de vorm aan van verruimende indicatiestelling. Ondanks deze groei in de vraag, zijn in de care de eerste successen van de nieuwe wachtlijstaanpak zichtbaar.

Het is onze verwachting dat de in sommige regio's zichtbare aanzienlijke afname in wachttijd in de thuiszorg, zich landelijk doorzet. Ook in de curatieve sector komen deze tendensen nu op gang. Door het verruimen van het zorgaanbod in de AWBZ en het persoonsgebonden bekostigen van de zorg heeft de «klant» daadwerkelijk iets te kiezen. Vooral in de gehandicaptenzorg en de thuiszorg zijn dalingen in wachttijden zichtbaar. Verhoudingsgewijs meer mensen, die geïndiceerd zijn voor een plaats in een verzorgings- of verpleeghuis, ontvangen overbruggingszorg. Ook de indicatiestelling gaat sneller. Vanaf eind vorig jaar plegen de regionale indicatieorganen een inhaalslag, een traject dat tot eind dit jaar loopt. Het streven is dat men erin slaagt binnen gemiddeld twee weken de indicaties te stellen.

Om de wachttijden in de ziekenhuissector aan te pakken, hebben de zorgverzekeraars, de algemene en academische ziekenhuizen en de medisch specialisten in december 2000 een convenant gesloten. Op basis van dit convenant is het bekostigingssysteem voor de ziekenhuizen en medisch specialisten aangepast. Ervaringen in dit jaar leiden wellicht nog tot aanpassingen in de bekostigingsregels voor volgend jaar. Een belangrijke doelstelling van de betrokken partijen is om uiteindelijk in 2003 de benodigde zorg te realiseren binnen de door henzelf opgestelde streefnormen: de zogenoemde «Treeknormen». In de eerste helft van dit jaar is reeds een toename in de productie te zien ten opzichte van vorig jaar, met een stabilisering van de wachttijden. Deze tendens zal zich in 2002 (versterkt) moeten voortzetten, met een daling van de wachttijden. Personeelsschaarste is op dit moment de grootste hinderpaal bij het verkorten van de wachttijden voor ziekenhuisbehandeling.

Het kabinet stelt dit jaar circa € 320 mln. en volgend jaar ruim € 456 mln. extra beschikbaar om de wachtlijsten in de AWBZ-sectoren en de curatieve sector aan te pakken. Het kabinet doet dat op basis van de voorstellen van de zorgverzekeraars.

Arbeidsmarkt en kinderopvang

Vanuit de verantwoordelijkheid van de overheid voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg, krijgt het arbeidsmarktbeleid al enige jaren bijzondere aandacht. Het uitgangspunt van dit arbeidsmarktbeleid is om vraag en aanbod van personeel in de VWS-sectoren beter op elkaar aan te laten sluiten. Voor de middellange termijn is het beleid erop gericht om de dreigende tekorten aan met name verplegend en verzorgend personeel te reduceren. Het gaat erom dat voldoende gekwalificeerd en gemotiveerd personeel kan worden aangetrokken en behouden om de beoogde zorg te kunnen leveren. Dat gebeurt via een aantal sporen: het verruimen van voorzieningen als kinderopvang en buitenschoolse opvang, het verruimen van de opleidingscapaciteit, het ter beschikking stellen van voldoende middelen voor een adequate beloning en het faciliteren van de aanpak

van het hoge ziekteverzuim. Daar waar tekorten het gevolg zijn van onvoldoende aanbod op de arbeidsmarkt wordt de opleidingscapaciteit verder verruimd. Het betreft verloskundigen, huisartsen, specialisten, tandartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen voor operatiekamers (OK) en intensive care (IC).

De primaire verantwoordelijkheid voor het oplossen van de problemen op de arbeidsmarkt ligt bij de sociale partners en het instellingsmanagement. Voor de komende jaren zijn de huidige en verwachte personeelstekorten het belangrijkste knelpunt. Mede om dit probleem aan te pakken zijn met sociale partners afspraken gemaakt om personeelstekorten op te lossen. Het verschil in ziekteverzuim tussen de zorgsector en het bedrijfsleven moet in de komende vier jaar met ten minste de helft dalen. Ook moet het percentage in de WAO-instroom ten opzichte van het landelijk gemiddelde afnemen en moet er meer instroom en minder uitstroom van personeel plaatsvinden. De oplossingen die de commissie Van Rijn heeft voorgesteld voor de arbeidsmarktknelpunten in de collectieve sector (en nog specifiek voor de sector zorg en welzijn), kunnen een belangrijke impuls geven om deze doelstellingen te halen. Voor het implementeren van deze aanbevelingen heeft het kabinet extra geld beschikbaar gesteld. Ten opzichte van vorig jaar gaat het hierbij om ruim € 270 mln. in 2001, oplopend tot € 450 mln. in 2002. Hiervan reserveren we in 2002 via de sectorfondsen € 60 mln. voor reïntegratiebegeleiding, stagebegeleiding, allochtonen, arbocontracten, functiedifferentiatie, bij- en herscholing, gericht ouderenbeleid, arbeidsbesparende technieken en het werven van gespecialiseerd zorgpersoneel. Daarnaast heeft het kabinet fiscale mogelijkheden gecreëerd voor herintreders, ouderen en scholing. Met de werkgevers- en werknemersorganisaties in de verschillende zorg- en welzijnssectoren hebben wij afspraken gemaakt over het besteden van dit geld aan een pakket van specifieke maatregelen die per sector kunnen verschillen.

Het is in het belang van ons allen dat ouders hun arbeid en de zorg voor kinderen kunnen combineren. De uitbreiding van de capaciteit van kinderopvanginstellingen die in het Regeerakkoord aangekondigd is, krijgt goed haar beslag. Het aantal kinderopvangplaatsen kan de komende jaren nog verder groeien door een wijziging in het kinderopvangstelsel. De vraag van ouders en het belang van kinderen komt in de Wet basisvoorziening kinderopvang centraal te staan. Bij het uitbreiden van de capaciteit mag de aandacht voor de kwaliteit van de opvang niet verslappen. De nieuwe wet stelt regels aan de pedagogische kwaliteit van de opvang, de betrokkenheid van ouders en het toezicht op deze kwaliteit. De uitbreiding van het aantal plaatsen vordert gestaag: eind 2000 was het aantal plaatsen gegroeid met ruim 30 000. Eind 2000 is de uitbreiding versneld door een investering van in totaal € 45 mln. We verwachten de uitbreidingsdoelstelling van circa 70 000 kinderopvangplaatsen eind 2002 ruimschoots te realiseren.

Beroepsgroepen in beweging

Ook de organisatie van de dagelijkse beroepsuitoefening door zorgaanbieders verandert. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de taakuitoefening van de huisarts. Deze belangrijke «spil in de zorg» zal zich mede naar aanleiding van het rapport van de commissie-Tabaksblat in de toekomst weer sterker kunnen gaan richten op de zorg voor patiënten, in plaats van op de processen eromheen. Het invoeren van de dienstenstructuur en het inschakelen van praktijkondersteuners moeten huisartsen ruimte geven om de werkdruk te verminderen en zich meer op zorgverlening aan

patiënten te richten. Dergelijke veranderingen zijn ook nodig om de efficiency en de transparantie van het zorgproces te vergroten. Het principe van het bevorderen van taak- en functiedifferentiatie en het faciliteren van de zorgprocessen wordt overigens ook doorgevoerd in de ziekenhuiszorg. Door een andere werkverdeling tussen de artsen en verpleegkundigen nemen de carrièreperspectieven van verpleegkundigen toe en kunnen de artsen zich meer op hun eigenlijke taken richten. In de medische en paramedische beroepen dreigt een capaciteitstekort, mede als gevolg van de toename van deeltijdwerk. Daarom wordt de opleidingscapaciteit uitgebreid. Daarnaast wordt onderzocht waar de opleidingsduur bekort kan worden, waar administratieve ontlasting mogelijk is en waar zorgtaken overgedragen kunnen worden aan lager opgeleiden.

Ter ondersteuning van diverse initiatieven op het gebied van de organisatie van beroepsgroepen is dit jaar circa € 140 mln. en volgend jaar circa € 240 mln. extra beschikbaar. Hiervan is in 2002 ongeveer € 180 mln. bestemd voor huisartsen. Voor de uitbreiding van de opleidingscapaciteit van artsen en verpleegkundigen is in 2002 circa € 70 mln. extra beschikbaar.

Transparantie en ICT

Het vergroten van de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, is een belangrijk uitgangspunt van ons beleid. ICT kan daar een belangrijke rol in spelen, bijvoorbeeld bij het herontwerpen van zorgprocessen in ziekenhuizen. Ook ketenzorg kan alleen maar tot stand komen als alle partijen over de juiste informatie beschikken. In de curatieve sector werken we momenteel aan een ander bekostigingssysteem, via het project DBC 2003. Ziekenhuizen en medisch specialisten zullen hun inkomsten op basis van productprijzen voor geleverde diagnose-behandeling-combinaties (dbc's) gaan ontvangen. Financiering op basis van zorgproducten is essentieel om de gewenste omslag van aanbod naar vraag te laten slagen en om de zorginkoop door verzekeraars te faciliteren. Met behulp van dbc's kunnen zorgverzekeraars transparant zorg inkopen en goed zicht krijgen op de kosten en de (medische) baten die zorgaanbieders kunnen leveren. In de care is een AWBZ-brede Zorgregistratie opgezet (AZR), met als doel een landelijk werkend systeem van gegevensverzameling en -uitwisseling over de uitvoering van de AWBZ.

In beide voorbeelden wordt de tweede eigenschap van ICT-toepassingen duidelijk: deze kunnen zorgprocessen transparant en daardoor inzichtelijk maken. De derde toepassing betreft het internet. Internet is de grootste motor achter de «empowerment» van de zorgconsument. De hoeveelheid aan informatie die het biedt, maakt de kloof tussen patiënt en hulpverlener kleiner. De positie van de patiënt in zijn interactie met de zorgverlener wordt sterker. Er ontstaat hierdoor een evenwichtiger verhouding tussen dokter en patiënt: een partnership.

Ten slotte de vraag: hoe is het met de ICT in de zorg gesteld? De zorgsector profiteert nog onvoldoende van de mogelijkheden. Nederland is hier niet uniek in; bijna overal loopt de zorgsector achter in het toepassen van ICT. Er is dus alle reden voor actief beleid. Er zijn extra gelden uitgetrokken om toepassingen op vele terreinen in de zorg te stimuleren, zoals bijvoorbeeld het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) en om versnippering tegen te gaan. Doelstelling is dat de Nederlandse zorg op het gebied van ICT binnen enkele jaren tot de top behoort.

Patiënten- en consumentenbeleid

De ontwikkeling van de medische technologie en de medische wetenschap biedt perspectieven op betere behandeling en bestrijding van ziekten. Denk bijvoorbeeld aan de toekomstige mogelijkheden van vervangingsgeneeskunde en de genetica. Wetenschappelijke ontwikkelingen willen we positief benaderen. Tegelijkertijd dienen we oog te houden voor de risico's, maar ook voor de ethische vragen die deze ontwikkelingen oproepen. Daarom is en wordt wetgeving ontwikkeld over de omgang met foetaal weefsel, over de omgang met embryo's en over levensbeëindiging op verzoek. Van de eerste twee voorstellen is de parlementaire behandeling nog gaande. Talloze ontwikkelingen – in wetenschap, maatschappij en beleid – hebben consequenties voor de patiënt, waarbij ook waarden en normen in het geding kunnen zijn. Voor het eerst is door ons een ethische agenda opgesteld. Deze agenda wordt tegelijk met de Begroting en de Zorgnota 2002 uitgebracht en geeft, naast een overzicht van de op dit moment aan de orde zijnde ethische onderwerpen, inzicht in medisch-wetenschappelijke trends die op termijn kunnen leiden tot maatschappelijke en/of politieke vragen. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan het transparanter maken van beleid met betrekking tot ethische vraagstukken.

Om daadwerkelijk een omslag te maken naar een vraaggerichte zorg zal de komende jaren verder geïnvesteerd moeten worden in het verstevigen van de positie van de zorggebruikers en het vergroten van zijn keuzemogelijkheden. In de nota «Met Zorg Kiezen» (TK 2000–2001, 27 807, nr. 2), die naar de Tweede Kamer is gezonden, hebben wij aangegeven hoe een vraaggerichte zorg dichterbij gebracht kan worden door gebruikers van zorg zelf meer instrumenten in handen te geven. Ook het door ons beoogde nieuwe verzekeringsstelsel biedt meer keuzen aan de burger. In de komende jaren zullen wij voor het patiënten- en consumentenbeleid € 1,4 mln. extra uittrekken. Daarnaast blijven wij via het Patiëntenfonds de patiëntenorganisaties ondersteunen. Dit geldt ook voor de verschillende programma's die Zorgonderzoek Nederland (ZON) op dit terrein uitvoert.

Maatschappelijke participatie

Het versterken van de mogelijkheden voor mensen met een handicap om hun eigen leven in te richten reikt verder dan de zorg. Dat geldt ook voor ouderen, van wie velen nauwelijks meer zorg vragen dan jongere mensen. Uitgangspunt is om ouderen, mensen met een handicap en chronisch zieken zoveel mogelijk in staat te stellen hun eigen leven in te richten. Onze inspanningen zijn er op gericht hen de instrumenten in handen te geven om dat te realiseren. Hierdoor wordt het voor hen ook mogelijk om tot betere integratie en participatie in de samenleving te komen. Een aansprekend voorbeeld is het project «Drempels weg» waarmee we dit jaar zijn begonnen. Dit project heeft tot doel het belang van een toegankelijk internet voor gehandicapten nadrukkelijk op de agenda te plaatsen en kennis daarover te verzamelen en verspreiden. Internet biedt gehandicapten de kans om hun maatschappelijke participatie te vergroten. Voor ouderen bieden seniorweb en internetcafé's in verzorgingshuizen ook die kans. Daarnaast moet het wetsvoorstel gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekten de positie van mensen met een handicap versterken door hun juridische mogelijkheden te geven tegen onterechte ongelijke behandeling in het geweer te komen. In juli 2001 is dit wetsvoorstel voor advies naar de Raad van State gezonden.

Sociale infrastructuur

Vrijwilligersnetwerken vormen de basis van de sociale infrastructuur. Het draagvlak om een lokaal vrijwilligersbeleid te voeren is aanwezig en wordt groter. Dit draagvlak moeten we vasthouden, ondersteunen en verder uitbouwen. Op dit moment zijn veel gemeenten en provincies bezig hun vrijwilligersbeleid te intensiveren. De provincies ontwerpen plannen die de implementatie van al ontwikkelde methodieken op het lokale vlak moeten bevorderen en de «witte» vlekken op dit terrein duidelijk maken. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft een plan ontwikkeld om gemeentelijk vrijwilligersbeleid te bevorderen, dat onder meer voortborduurde op het ontstaan van de lokale comités voor de viering van het Internationale jaar van de vrijwilliger in 2001. Het renoveren, vernieuwen en waar nodig opbouwen van de lokale ondersteuningsstructuren voor vrijwilligers staan centraal. Op basis van de vrijwilligersimpuls krijgen provincies en gemeenten van het kabinet ruim € 11 mln. per jaar om activiteiten van lokale en provinciale vrijwilligers te ondersteunen. Bij individuele projecten die hieruit betaald worden, verdubbelen gemeenten de bijdrage van de rijksoverheid, zodat er in totaal circa € 23 mln. beschikbaar komt.

We moeten ook alert zijn op de mantelzorgers: diegenen die (aanvullende) hulp, niet beroepshalve, aan bejaarden, zieken en andere hulpbehoevenden verlenen. In Nederland wordt 75% van de zorg verleend door ruim 1 mln. mantelzorgers. Wanneer het aandeel van de mantelzorg in de zorg fors zou afnemen, kan dit niet worden opgevangen door de professionele zorg. Maar mantelzorg is niet alleen daarom belangrijk; door middel van mantelzorg wordt ook uitdrukking gegeven aan maatschappelijke solidariteit. Veel mantelzorgers ervaren problemen van sociale, financiële en fysieke aard door deze zorg te verlenen. Daarom is een goede ondersteuning van de mantelzorger belangrijk. Bij de behandeling van de Zorgnota 2001 hebben wij een notitie toegezegd over het versterken van de mantelzorg. Deze notitie hebben we juni jongstleden aan de Tweede Kamer aangeboden. We doen daarin voorstellen om de positie van de mantelzorger als zorgverlener te versterken en zijn of haar mogelijkheden tot participatie in het maatschappelijk leven te bevorderen. Structureel wordt ruim € 11 mln. uitgetrokken voor de steunpunten mantelzorg en de oprichting van een expertisecentrum door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

Jeugd

Uitgangspunt van het kabinetsbeleid in brede zin is om de maatschappelijke positie van jeugdigen te verbeteren. De investeringen in de uitbreiding van kinderopvang en buitenschoolse opvang, het gezamenlijk met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCenW) ontwikkelde beleid met betrekking tot de vroeg- en voorschoolse educatie en de stimulering van de brede school dragen daaraan bij. Daarnaast stimuleren we de samenhang tussen buitenschoolse opvang en andere naschoolse activiteiten zoals sportbeoefening. Ook het thema jeugd en veiligheid heeft bijzondere aandacht. Samen met provincies en gemeenten wordt uitvoering gegeven aan het BANS-akkoord (bestuursakkoord nieuwe stijl), waardoor een gemeenschappelijke inspanning gericht wordt op het tot stand brengen van een sluitend netwerk van voorzieningen. Om tot een zorgvuldige overheveling van verantwoordelijkheden met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg van 0-4 jarigen naar de gemeenten te kunnen komen is uitstel van de invoering tot 1 januari 2003 nodig.

Het wetsvoorstel voor een nieuwe Wet op de jeugdzorg is voor advies naar de Raad van State gestuurd. Op basis van dit wetsvoorstel wordt het recht op jeugdzorg wettelijk verankerd. Een laagdrempelig bureau jeugdzorg, dat goed samenwerkt met lokale voorzieningen voor jeugdigen, brengt de hulpvraag van jeugdigen en hun ouders op objectieve en onafhankelijke wijze in kaart en stelt de indicatie vast op basis van de behoefte van de cliënt. Het stelsel van zorgverlening zal vraaggestuurd worden opgebouwd via een modulair ingericht zorgaanbod en een wettelijk geregeld hulpverleningsplan, zodat de inhoud van de zorg goed afgestemd kan worden op de behoefte van de cliënt. Dit geheel van wijzigingen in het stelsel voor jeugdzorg moet bijdragen aan een sterkere positie van de zorgvrager en zorgen dat jeugdigen en hun ouders tijdiger adequate hulp kunnen ontvangen. De voorbereiding van de invoering van de nieuwe Wet op de jeugdzorg wordt samen met het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector (VOG) ter hand genomen op basis van het implementatieplan dat dit voorjaar naar de Tweede Kamer is gestuurd. Hiervoor is in 2002 € 3,6 mln. beschikbaar.

In het voorjaar van 2001 hebben we de Tweede Kamer geïnformeerd over de toenemende wachtlijsten in de jeugdzorg. Samen met onze collega-bewindslieden van Justitie hebben wij de commissie Aanpak Wachtlijsten Jeugdzorg ingesteld om deze problematiek nader te analyseren en ons te adviseren over de aanpak ervan. De commissie heeft haar eindrapport begin september aan ons aangeboden. Dit najaar maken wij op basis van de aanbevelingen van de commissie per provincie en grootstedelijke regio afspraken over de aanpak van de wachtlijsten in het kader van de convenanten voor de implementatie van de Wet op de jeugdzorg.

Kiezen voor gezond en sportief leven

Sociale cohesie en de volksgezondheid hebben belangrijke raakvlakken. De commissie-Albeda heeft in haar rapport de achtergronden van de sociaal-economische gezondheidsverschillen beschreven. Dit rapport geeft aan hoe belangrijk het is om voor iedereen levensomstandigheden te creëren die gezond gedrag al van jongsaf aan bevorderen. De discussie over de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid wordt in toenemende mate gevoerd. Stoppen met roken levert bijvoorbeeld direct gezondheidswinst op. Met de in juni 2000 door de Tweede Kamer aangenomen Tabakswet willen wij het tabaksgebruik dan ook verder ontmoedigen.

Een van de andere prioriteiten uit het Regeerakkoord van dit kabinet is om overmatig alcoholgebruik tegen te gaan. Inmiddels hebben we een begin gemaakt met het uitvoeren van de beleidsvoornemens uit de Alcoholnota (TK 2000–2001, 27 565, nr. 2), die in het teken staan van een betere hulpverlening aan probleemdrinkers, zorg voor alcoholverslaafden en preventie van alcoholmisbruik onder jongeren. De regels voor het verstrekken van alcohol aan jeugdigen zijn in het kader van de Drank- en Horecawet aanzienlijk aangescherpt. De Keuringsdienst van Waren (KvW) houdt meer toezicht op de handhaving van deze wet. Voor een betere hulpverlening en betere handhaving is vanaf volgend jaar circa € 14 mln. beschikbaar.

In 2001 hebben we de nota «Sport, Bewegen en Gezondheid» uitgebracht (TK 2000–2001, 27 841, nr. 2). Het kabinet wil de (potentiële) gezondheidswinst door sport en beweging vergroten. Voldoende beweging is uiteraard een zaak van burgers zelf. Maar uiteindelijk is hiermee ook een

maatschappelijk belang (de volksgezondheid) gediend. In de Beleidsagenda 2001 zijn concrete doelstellingen geformuleerd op het gebied van gezondheidsbevordering. Deze doelstellingen staan nog recht overeind, hoezeer we ook moeten onderkennen dat er nog een lange weg te gaan is.

Sinds 1999 en tot 2007 kunnen gemeenten en landelijke sportorganisaties een beroep doen op de breedtesportimpuls. Deze impuls moet ertoe leiden dat gemeenten en landelijke sportbonden sport op lokaal niveau stimuleren en zich meer inzetten voor sociaal-maatschappelijke problemen. De gemeenten kunnen zelf beslissen welke thema's ze aanpakken. Veelvoorkomende onderwerpen zijn: activeren van (probleem)jongeren, naschoolse opvang en sport, integratie van allochtonen en het stimuleren van een gezonde leefstijl van ouderen en gehandicapten. De bonden gebruiken de subsidie met name om de verenigingen te ondersteunen in de gemeenten waar de breedtesportimpuls van start is gegaan. Met ingang van 2002 maken ongeveer 175 gemeenten en 17 landelijke sportorganisaties gebruik van de impuls. Dat is eenderde van alle gemeenten en een kwart van alle sportorganisaties. In 2002 zal de laatste tranche van de verdubbeling van het sportbudget ertoe leiden dat, naast gemeenten, ook provincies kunnen intekenen op de breedtesportimpuls. Veel gemeenten die niet zelf een project aanvragen, onder meer vanwege hun beperkte omvang, kunnen dankzij de steun van de provincie alsnog activiteiten op dit terrein ontplooiën. Daardoor neemt het bereik van de breedtesportimpuls aanmerkelijk toe.

De «keuze voor gezond leven» moet voor meer mensen aantrekkelijk worden. Maar tegelijkertijd is daarmee de belangrijke taak voor de overheid weer in de schijnwerpers gekomen: we moeten voorkomen dat mensen in achterstandsposities, juist vanwege die positie, tussen wal en schip raken. De nadruk op eigen verantwoordelijkheid is soms wel heel sterk gebaseerd op de goed geïnformeerde, goed opgeleide, sterke persoon die zich niet gemakkelijk laat wegdrukken. Mensen die in de knel zitten, hebben vaak niet dezelfde kansen om voor een gezond leven te kiezen. Voor het kabinet is het van groot belang de gezonde levensverwachting van de laagste sociaal-economische groep te verbeteren. Om de vermijdbare gezondheidsverschillen te verkleinen zullen wij een actieprogramma opstellen voor de komende jaren. Vanuit verschillende beleidsterreinen wordt hieraan een bijdrage geleverd. Daarbij maken we tevens gebruik van het binnenkort te verschijnen VTV-rapport «Gezondheid in de grote steden».

Zorg voor geestelijke gezondheid

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) staat de komende jaren het verder ontwikkelen van de vermaatschappelijking centraal. Het doel daarvan is dat mensen met psychische problemen zo veel mogelijk deelnemen aan de samenleving. Gedeeltelijk is dit preventief (voorkomen dat mensen afhankelijk worden van de geestelijke gezondheidszorg), gedeeltelijk gaat het om terugkeer in de samenleving. Dit vereist intensivering van ambulante behandeling, zorg aan huis, overigens met behoud van voldoende intramurale plaatsen. Naast goede behandeling en zorg zijn wonen, werken, dagbesteding, leren en sociale contacten van groot belang om (weer) te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven. Vermaatschappelijking is dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ministeries van VWS, SZW, VROM en gemeenten. De vraag hoe dit concreet gestalte moet krijgen, wordt eind 2001 beantwoord door de «Taskforce Vermaatschappelijking».

De zorg voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang, waarover onder meer in het Integraal Veiligheidsprogramma (IVP) afspraken zijn gemaakt, staat onder druk door de hoge werkdruk, het ziekteverzuim, het gebrek aan veiligheid in de nachtopvang en door personeelstekorten. We willen ons daarom in 2002 richten op het bestrijden van de werkdruk in instellingen en het bevorderen van de veiligheid van het personeel en de cliënten.

Toezicht en veiligheid

De burger heeft veel vragen over veiligheid in de zorg. De patiënt/consument vraagt terecht kwaliteit. Toezicht is een instrument om die kwaliteit te borgen. In juni van dit jaar heeft het kabinet een standpunt over het toezicht vastgesteld. Wij zullen dat standpunt in de praktijk vorm gaan geven en bestaande toezichtarrangementen kritisch tegen het licht houden.

Met het verplaatsen van de verantwoordelijkheden van de overheid naar het veld is ten behoeve van de burger meer en beter toezicht noodzakelijk. Het College voor Toezicht op de Zorgverzekeringen (CTZ), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Keuringsdienst van Waren (KvW) verstevigen hun rol. Het is in het algemeen belang normoverschrijdend gedrag te corrigeren en soms te bestraffen, ook al betekent dit ingrijpen in de private belangen van ondernemers en privé-personen. Om haar wettelijke taken adequaat te kunnen vervullen en tegemoet te kunnen komen aan de hoge politieke en maatschappelijke verwachtingen krijgt de IGZ met ingang van 2002 een budgetverhoging van circa € 5 mln., een stijging van 17,5% ten opzichte van het budget voor 2001. Het extra budget zal worden aangewend voor de uitbreiding van de IGZ, en ter ondersteuning van een verdergaande kwaliteitsverbetering.

Een bijzonder aspect van kwaliteit is veiligheid. Wij willen onze bijdrage leveren aan het beperken van risico's in de samenleving. Het is de taak van de overheid over het bestaan van risico's te communiceren en, waar nodig en mogelijk, te beperken. De laatste jaren wordt steeds vaker de vraag gesteld wat de verantwoordelijkheid en rol van de overheid zouden moeten zijn bij het voorkomen, bestrijden en verhelpen van risico's in de maatschappij. Duidelijkheid over de rol van de overheid is een basisvoorwaarde voor het publieke vertrouwen. Met name in crisissituaties blijkt dit de toetssteen.

Het is onze overtuiging dat het overheidsbeleid gebaseerd moet zijn op een gedegen risicoanalyse op wetenschappelijke basis. Een bijzonder aspect van risico's is echter het emotionele aspect. Emoties maken dat de risicoperceptie van de bevolking vaak verschilt van de feitelijke risicoanalyse. Begrijpelijke emoties als het bijvoorbeeld gaat om de veiligheid van woonomgeving of voedsel. De discussie over de aanvaardbaarheid van enig risico is volop gaande, ook op beleidsterreinen van VWS. Vast staat wel dat we nooit alle risico's in ons dagelijks bestaan kunnen uitbannen. Bovendien neemt de burger vaak zeer bewust zelf risico's. De IGZ is samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bezig een risicomodel te ontwikkelen om prioriteiten in het toezicht te kunnen stellen. Het werkplan 2002 van de IGZ zal volgens de hoofdlijnen van dat risicomodel ingevuld gaan worden.

In aanvulling op de planning van het toezicht, hebben wij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) verzocht een risicoanalyse voor de volksgezondheid uit te brengen. In het RVZ-advies komt niet alleen de

vraag aan de orde welke bedreigingen de Nederlandse samenleving de komende decennia te wachten staan op het gebied van de volksgezondheid, maar ook de manier waarop we deze bedreigingen beter het hoofd kunnen bieden.

Ook de belangstelling voor het toezicht op de veiligheid van producten, vooral van voedsel, is de afgelopen periode explosief gestegen. Voedselveiligheid staat hoog op de maatschappelijke en politieke agenda. Het kabinet heeft besloten een voorlopige Nederlandse Voedsel Autoriteit (NVA) op te richten. De NVA zal verantwoordelijkheden dragen ten opzichte van elk van bovengenoemde aspecten: onderzoek, communicatie en toezicht. De wijze waarop deze verantwoordelijkheden gestalte krijgen is nader uitgewerkt in de beleidsnota «Veilig voedsel in een veranderende omgeving», die door de ministers van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij (LNV) en VWS in juli jongstleden aan de Tweede Kamer is toegezonden. De komende jaren zullen we samen met de minister van LNV de invulling van de definitieve NVA krachtig ter hand nemen.

Financieel beleid op hoofdlijnen

In de onderstaande tabellen staat het financieel beleid van VWS op hoofdlijnen. Voor zowel de zorgnota als de begroting presenteren we de intensiveringen voor de jaren 1999 tot en met 2002. Meer gedetailleerde cijfers staan in respectievelijk deel C van de Zorgnota 2002 en de toelichting op de beleidsartikelen van de Begroting 2002.

Tabel 1: Intensiveringen zorgnota ten opzichte van 1998 (in € mln)

volume-intensiveringen	CUMULATIEVE mutaties ten opzichte van 1998				stand 2002
	1999	2000	2001	2002	
gezondheidsbevordering en -bescherming	3	18	65	74	534
curatieve somatische zorg	206	434	1 026	1 252	14 233
<i>waarvan: – huisartsen</i>	– 8	43	119	226	
<i>– ziekenhuizen en specialisten</i>	153	268	607	761	
geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	240	385	693	871	3 834
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	30	137	316	371	3 088
<i>waarvan: – overig GGZ</i>	29	124	290	333	
<i>– maatschappelijke opvang</i>	0	9	17	22	
<i>– verslaving</i>	2	4	10	16	
gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	53	167	343	499	4 232
verpleging, verzorging en ouderen	165	576	929	1 199	7 821
<i>waarvan: – verpleging en verzorging</i>	111	308	542	771	
<i>– thuiszorg</i>	23	122	146	204	
beheer zorgverzekeringen	79	149	176	177	1 469
aanvullende post	0	0	53	90	
totaal volume-intensiveringen	777	1 866	3 601	4 534	
nominaal / overig	1 097	1 945	3 456	4 855	
totaal	1 874	3 811	7 057	9 389	
opschoning	90	40	28	34	
bruto BKZ-uitgaven	1 964	3 851	7 085	9 424	
BKZ-ontvangsten	– 86	20	80	28	
netto	1 879	3 871	7 166	9 452	36 681

De bedragen in Tabel 1 geven weer hoeveel geld voor extra volume er in een jaar meer beschikbaar was/is dan in 1998. Ter illustratie: in de periode 1998–2002 is er in de sector verpleging, verzorging en ouderen € 1 199 mln. bijgekomen, waarvan € 270 mln. extra in 2002 ten opzichte van 2001. Daarmee komt het totaal beschikbare bedrag voor sector verpleging, verzorging en ouderen in 2002 uit op € 7 821 mln. Hierin zijn ook de middelen meegenomen die bestemd zijn voor de sector verpleging, verzorging en ouderen, maar waarvan nog niet duidelijk is in welk onderdeel van de sector deze tot besteding zullen komen. Om deze reden is de stand 2002 steeds alleen op hoofdstukniveau, inclusief nog te verdelen volumemiddelen, weergegeven.

Onderaan de tabel zijn ook de niet-volumemutaties opgenomen. Dit betreft nominale mutaties als loon- en prijsbijstelling en technische mutaties. Samen met de volumemutaties levert dit de totale mutatie op van de zorgnotautgaven ten opzichte van 1998. De regels *opschoning* en *BKZ-ontvangsten* (eigen betalingen) zorgen voor de aansluiting met de netto BKZ-uitgaven ten opzichte van 1998. De relatie tussen deze uitgavenbegrippen staat toegelicht in paragraaf 2.1 in deel C van de Zorgnota.

Door zowel volume- als niet-volumemutaties op te nemen is te zien hoe de volumeontwikkeling zich verhoudt tot de ontwikkeling van de totale netto BKZ-uitgaven. Zo zijn de netto BKZ-uitgaven in vier jaar tijd met € 9 452 mln. toegenomen, waarvan de helft loon- en prijsaanpassingen betreft (zie de regel nominaal/overig).

In het overzicht zijn alle volumemutaties samengenomen: van het Regeerakkoord 1998 tot en met de Zorgnota 2002. Naast volume-intensiveringen zijn ook volume-extensiveringen meegeteld. Voor de jaren 1999 en 2000 zijn de feitelijke realisatiecijfers weergegeven. Aangezien de jaren 2001 en 2002 nog niet zijn afgerekend, worden voor deze jaren de beschikbare bedragen, zoals die nu bekend zijn, gepresenteerd. De feitelijke uitgaven voor de jaren 2001 en 2002 kunnen dus nog wijzigen.

Tabel 2 laat de cumulatieve mutaties in de begroting zien ten opzichte van het jaar 1998. Het verschil met Tabel 1 is dat de volumemutaties en overige mutaties niet zijn onderscheiden. De begrotingsmutaties in het gedeelte dat niet tot het BKZ behoort (Welzijn en Sport) zijn naar beleidsartikel uitgesplitst. De mutaties in de begrotingsartikelen die tot het BKZ behoren zijn niet uitgesplitst. Deze maken deel uit van de totale BKZ-uitgavenmutaties, die zijn uitgesplitst in Tabel 1.

Tabel 2: Intensiveringen begroting ten opzichte van 1998 (x € mln)

BKZ	CUMULATIEVE mutaties ten opzichte van 1998				stand 2002
	1999	2000	2001	2002	
Totaal BKZ	223,1	136,5	402,6	320,2	1 134,2
niet-BKZ					
jeugdbeleid	60,4	100,8	249,1	276,1	873,9
<i>waarvan – jeugdzorg</i>	5,7	29,5	57,0	68,5	675,0
– <i>kinderopvang</i>	22,7	68,1	118,0	122,5	154,9
sociaal beleid	- 1,3	- 4,4	21,0	19,5	128,2
<i>waarvan – vrijwilligerswerk</i>			11,3	11,3	26,7
sportbeleid	2,7	35,6	41,8	46,7	72,2
<i>waarvan regeerakkoord – breedtesport</i>	3,4	6,8	11,9	18,7	59,3
– <i>topsport</i>	1,1	2,3	4,0	6,2	12,9
vervolgden, oorlogsgetroffenen en verzetsdeelnemers	14,8	33,5	179,2	18,2	407,7
inspecties	0,1	0,2	0,3	0,5	2,4
algemeen	11,1	13,7	22,2	16,2	141,4
nominaal en onvoorzien	0	0	- 14,6	- 14,1	- 14,1
Totaal niet-BKZ	87,9	179,3	499,1	363,0	1 611,7
Niet relevant voor BKZ en N-BKZ	38,3	114,2	1 886,6	2 598,3	5 571,0
Totaal begroting	290,7	370,3	2 728,4	3 221,7	8 316,9

BELEIDSARTIKELN

BELEIDSARTIKEL 1: GEZONDHEIDSBEVORDERING EN GEZONDHEIDSBESCHERMING

1.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de burger en het versterken van de individuele en collectieve positie van de burger in de zorg.

Een goede gezondheidszorg begint bij het voorkomen dat de burger gebruik moet maken van zorg. Gezondheidsbescherming en -bevordering gaan echter verder dan «het voorkomen van». Het beleid is ook gericht op langer gezond leven en het verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte. De speerpunten van het beleid zijn: het voorkomen van onnodige sterfte, het terugdringen van vermijdbaar gezondheidsverlies en het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid.

De gezondheid van de Nederlandse bevolking is in de vorige eeuw spectaculair verbeterd, maar er zijn nieuwe ontwikkelingen (biotechnologie) en bedreigingen (infectieziekten, chronische ziekten, tabaksgebruik en alcoholmisbruik door jongeren) die de aandacht van een alerte overheid vragen.

Naast de zes operationele doelstellingen is in dit beleidsartikel het integrale beleid voor projecten, experimenten en onderzoek (PEO) opgenomen. Met het PEO-beleid beogen we zorgvuldig zowel prioriteiten voor als programmering van onderzoek en ontwikkeling op het gebied van volksgezondheid en zorg te kiezen. Deze onderzoeksprogrammering heeft een breder bereik dan alleen de gezondheidsbevordering en -bescherming van dit beleidsartikel. Het beslaat immers het gehele gebied van volksgezondheid en zorg. De inzet van PEO-middelen op dit beleidsartikel heeft dan ook een directe relatie met de (operationele) doelstellingen van de overige beleidsartikelen op de begroting.

In de sector gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming worden verschillende intensiveringen via de begroting bekostigd. Deze intensiveringen, waartoe na de ontwerpbegroting 2001 is besloten, worden hierna kort toegelicht. Voor het niet-roken beleid is vanaf 2002 structureel € 1,4 mln. extra uitgetrokken. Daarvoor zal een demarketingproject worden uitgevoerd. Ook voor het patiëntenbeleid is vanaf 2002 structureel € 1,4 mln. extra beschikbaar gekomen. Dat bedrag wordt ingezet bij het uitvoeren van het beleid uit de nota «Met zorg kiezen» (TK 2000–2001, 27 807, nr. 2). Voor de handhaving van de voedselveiligheid is vanaf 2002 € 4,1 mln. beschikbaar. Bij de Keuringsdienst van Waren zullen daartoe extra controleurs worden aangesteld. Ook voor de handhaving van de Drank- en Horecawet zullen extra controles worden uitgevoerd. In de begroting is hiertoe vanaf 2002 € 4,5 mln. extra beschikbaar gekomen.

Relatie met de Zorgnota

Het inzetten van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van de middelen die de premiesector beschikbaar stelt voor gezondheidsbevordering en -bescherming. Zo vullen begrotings- en premiemiddelen elkaar aan in budgettaire omvang. Ook op een andere manier hebben ze met elkaar te maken: in de relatie tussen de prestaties die geleverd worden met de inzet van begrotingsmiddelen en de effecten

daarvan voor of in de premiesector. De toelichting in de beleidsbegroting beperkt zich in principe tot een toelichting op de prestaties door inzet van begrotingsmiddelen.

Ter illustratie bevat de tabel de totale budgetten die onder de hierboven genoemde algemene doelstelling vallen. Ze worden in de Zorgnota toegelicht en onderbouwd.

bedragen x € 1 mln.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven beleidsartikel 1	137,0	138,1	145,4	146,2	145,8	145,8
Sector gezondheidsbevordering en -bescherming (totaal)*	867,5	873,3	880,6	881,4	881,1	881,1

* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2002 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

1.2 Operationele beleidsdoelstellingen

1.2.1 Het bevorderen van de gezonde keuze met betrekking tot roken bewegen, voeding, drinken en veilig vrijen

De gezonde keuze gaat over het aansporen van de burger om te kiezen voor een gezonde leefstijl. Wij hebben gekozen voor die gedrags-determinanten (roken, bewegen, voeding, drinken en seksueel gedrag) die beïnvloedbaar zijn en waarvan wetenschappelijk is vastgesteld dat deze een grote invloed hebben op de gezondheid. Door gedragsverandering op deze punten is een aanzienlijke gezondheidswinst te behalen.

Het al dan niet kiezen voor gezond gedrag speelt zich uiteindelijk af in het privé-domein en is de individuele verantwoordelijkheid van de burger. Onze verantwoordelijkheid ligt op het gebied van het stimuleren, faciliteren en scheppen van wettelijke kaders voor derde partijen, als preventie-instituten en GGD'en, die in contact staan met burgers. De Britse regering spreekt in dit verband van «to make health the easy choice.» We subsidiëren de preventie-instituten, stellen hun programma's vast en sluiten hierbij aan bij de uitvoering door GGD'en op lokaal niveau. De effecten voor gezond gedrag zijn tevens afhankelijk van de sociaal-economische ontwikkeling en andere maatschappelijke trends.

De volgende effecten hebben wij voor ogen:

- Het aantal rokers is in 2004 met 17,5% verminderd (afname van 34% naar 28%). Voor 2002 streven we naar een tussenstand van 32%.
- Het aantal probleemdrinkers is in 2004 met 11% verminderd (afname van 9% naar 8%).
- 40% van de bevolking beweegt volgens de Nederlandse norm in 2004.
- Het percentage van de inname van verzadigd vet in 2002 is 14% verminderd (afname van 14% naar 12%).
- Het aantal jongeren dat veilig vrijt is in 2002 met 5% toegenomen (toename van 73% naar 77%).

Gedragsverandering vraagt om continuering van inspanningen, omdat de effecten doorgaans pas zichtbaar worden op langere termijn.

Elk van de bovengenoemde determinanten heeft een eigen monitoring-systeem. Het RIVM is bezig met de ontwikkeling van een integraal systeem. Een deel hiervan is al operationeel via het Nationaal Kompas

Volksgezondheid. Tevens zal aansluiting worden gezocht met lokale gezondheidsinformatie en monitoring op lokaal niveau.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Wetgeving.* In het komende parlementaire jaar dienen we nieuwe wijzigingsvoorstellen voor de Tabakswet en voor de Drank- en Horecawet in. De wijziging van de Drank- en Horecawet maakt scherpere sanctionering mogelijk, onder meer door bestuurlijke boetes bij overtredingen. De wijziging van de Tabakswet implementeert de nieuwe EU-richtlijn om de regulering van tabaksproducten te harmoniseren.
- b. *Voorlichting.* Voor de uitvoering van een pilot demarketingsproject tegen het roken is met ingang van 2002 een bedrag beschikbaar gesteld van € 1,4 mln. Via de budgetten van ZON worden massamediale gezondheidsbevorderingscampagnes gefinancierd, zoals «Drank maakt meer kapot dan je lief is», evenals campagnes gericht op de jongeren zoals «Ben jij sterker dan drank?» Om het roken te ontmoedigen, continueren we de stoppen-met-rokencampagne «Maar ik rook niet». Daarnaast komt er via ZON een pilot voor Zijban in combinatie met een cursus om te stoppen met roken. Voor het bevorderen van gezonde-voedingsgedrag wordt de campagne «Goede voeding wat let je» voortgezet. Ter preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen zal eveneens een campagne worden uitgevoerd.
- c. *Handhavingsbeleid.* Bij de Keuringsdienst van Waren zullen extra inspecteurs worden aangesteld om de gewijzigde Drank- en Horecawet te handhaven. De instroom begint in 2001.
- d. *Subsidiëring.* Subsidies worden verleend aan diverse preventie-instituten zoals DEFACTO (voorheen Stivoro), Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en het Voedingscentrum, en om veilig vrijen te bevorderen aan het Aidsfonds, de stichting SOA-bestrijding en de Schorerstichting. Deze subsidies worden aangewend voor het ontwikkelen van materiaal (o.a. folders, websites, lesmateriaal) en voorlichtingsmethodieken en voor het uitvoeren van doelgroepspecifieke preventieactiviteiten (voorlichtingsavonden, workshops, counseling voor intermediairs zoals GGD'en).
- e. *Onderzoek.* Onder meer via ZON stimuleren we innovatief onderzoek van gedragsbevorderende interventies.
- f. *Overleg.* We gaan overleggen met veldpartijen (zoals de Stichting van de Arbeid, Nederlandse Spoorwegen, NOC*NSF, de zorgsector, de horeca) om samenwerking en zelfregulering ter beperking van het roken en ter bescherming van de niet-roker te bewerkstelligen.

1.2.2 Het bevorderen van gezondheidswinst door preventie, vroege opsporing en door het voorkomen van complicaties die leiden tot nieuwe ziekten of aandoeningen

Door gezonde mensen te vaccineren en door andere preventiemogelijkheden aan te bieden, kunnen ziekte en sterfte worden voorkomen. Door ziekten in een vroegtijdig stadium op te sporen en te behandelen, wordt de gezonde levensverwachting verlengd, sterfte voorkomen en de kwaliteit van leven verbeterd. Door bij ziekten te voorkomen dat nieuwe ziekten ontstaan, verbetert de kwaliteit van leven.

Wij zijn verantwoordelijk voor besluitvorming over welke programma's voor vaccinatie of vroege opsporing aan de bevolking worden aangeboden.

den, en voor financiering en afspraken over de kwaliteit van uitvoering. Bij de uitvoering van de programma's zijn beroepsgroepen betrokken. Daardoor is het succes mede afhankelijk van hun inzet. Een voorbeeld is de huisarts die zijn patiënten oproept en motiveert deel te nemen aan preventieve programma's. Naast inzet van de beroepsgroepen is ook van invloed of de mensen uit de doelgroep zelf willen deelnemen aan het programma. Het is een vrijwillige keuze om niet te reageren op een oproep voor bevolkingsonderzoek naar bijvoorbeeld borstkanker. Daarbij zijn factoren als sociaal-economische status van belang; de huisarts kan hierop inspelen. Naast begrotingsmiddelen zetten we ook premie-middelen in om deze doelstelling te bereiken, bijvoorbeeld voor de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en de griepvaccinatie van risicogroepen.

Een speerpunt is het terugdringen van het hepatitis B door vaccinatie. Om dit te bereiken, streven we de volgende uitkomsten na:

- Kinderen van wie één of beide ouders afkomstig zijn uit een endemisch land (meer dan 2% van de bevolking is drager) zijn gevaccineerd tegen hepatitis B; 70% in 2004 en 90% in 2005. Via premiemiddelen wordt hiervoor onder andere aan thuiszorgorganisaties voor de uitvoering van het vaccinatieprogramma van kinderen uit de doelgroep tegen hepatitis B een intensivering van € 2,7 mln. beschikbaar gesteld.
- Homo- en heteroseksuelen met veel wisselende partners en intraveneus drugsgebruikers zijn gevaccineerd tegen hepatitis B; 60% van de instroom maakt de volledige serie vaccinaties af in 2004;

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is al jaren een belangrijk preventie-instrument. Gestreefd wordt naar een blijvende deelname van kinderen aan het Rijksvaccinatieprogramma van tenminste 95%. Tevens wordt het RVP regelmatig geactualiseerd. De Gezondheidsraad brengt hier rond de jaarwisseling een advies over uit.

Om te voorkomen dat kinderen van HIV-positieve moeders bij de geboorte besmet worden zal aan zwangeren standaard een HIV-test worden aangeboden. Streven is om in 2004 80% van de zwangeren te bereiken. Extra subsidie voor verbetering van de screening van zwangeren op HIV van € 2,7 mln is in 2002 beschikbaar. Het College voor Zorgverzekeringen vragen we de uitvoering ter hand te nemen.

In 2004 start een nieuw programma voor de opsporing van familiale hypercholesterolemie (FH). In 2008 moet 75% van de mensen met FH zijn opgespoord. Naast maatregelen gericht op gezond gedrag (voeding en bewegen) moet dit bijdragen aan het verminderen van hart- en vaatziekten. In 2002 is via de premiemiddelen een bedrag van € 2,2 mln. beschikbaar voor de start van de programmatische opsporing van mensen met FH. In de jaren daarna zal het € 2,7 mln. zijn.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Wetgeving.* Wijziging van de Wet bevolkingsonderzoek (WBO). In 2000 is de WBO geëvalueerd. Ons standpunt op de evaluatie sturen we in het najaar van 2001 aan de Tweede Kamer. In 2002 voeren we de conclusies van het evaluatiestandpunt uit.
- b. *Subsidiëring.* Er worden verschillende subsidies verstrekt:
 - Subsidiëren van diverse nieuwe projecten waaronder:

- Subsidie aan de deelnemende GGD'en en GGD Nederland voor de uitvoering van vaccinatieprogramma's tegen hepatitis B (intensivering van € 2,7 mln.).
- Bestaande subsidierelaties worden voortgezet:
 - Voor subsidiëring voor diagnostiek en voorlichting over infectieziekten aan diverse instituten (zoals RIVM/CBO/Nederlandse Hepatitis Stichting/KNCV) is € 0,8 mln. beschikbaar.
 - Subsidie voor onderzoek en surveillance van infectieziekten (€ 1,4 mln.) door diverse instituten (zoals RIVM/Erasmus Universiteit/KNCV).
 - Subsidie aan de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) en aan de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) voor het formuleren van richtlijnen voor infectiepreventie en resistentiepreventie in de zorg.
 - Subsidies voor onderzoek, vroege opsporing en kwaliteitsverbetering op het gebied van kanker.
 - Onderzoek via intermediaire organisaties naar nieuwe preventiemogelijkheden via het preventieprogramma van ZON MW.
- c. *Voorlichting.* Voor zowel ouders van kinderen uit de doelgroep als voor uitvoerders van het vaccinatieprogramma is een voorlichtingsprogramma in voorbereiding om het belang van het Rijksvaccinatieprogramma te benadrukken. Ter preventie van hart- en vaatziekten en kanker is voorlichting over gezond leven, zoals gezonde voeding en voldoende bewegen van belang. Binnen de doelstelling 1.2.1 is hier nader op ingegaan.

1.2.3 Het bevorderen van de toegankelijkheid en de kwaliteit van lokale voorzieningen van preventieve zorg

Op landelijk, lokaal en regionaal niveau streven we naar een integraal gezondheidsbeleid door samenwerking op de terreinen gezondheidszorg en preventie, milieu, huisvesting en welzijn. De lokale voorzieningen van preventieve zorg dienen kwalitatief goed en voor iedereen toegankelijk te zijn. De openbare gezondheidszorg – de gemeenten en hun GGD'en – heeft een belangrijke uitvoeringsverantwoordelijkheid bij het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de lokale bevolking, waarbij vooral aandacht wordt besteed aan kwetsbare groepen in onze maatschappij. Deze verantwoordelijkheid is verankerd in de Gemeentewet en in de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Financiering vindt plaats via het Gemeentefonds of via specifieke uitkeringen. De verantwoordelijkheden van de rijksoverheid beperken zich tot het instandhouden van een adequate ondersteuningsstructuur voor GGD'en en gemeenten op het terrein van deskundigheidsbevordering en advisering gerelateerd aan de openbare gezondheidszorg. Daarnaast verzorgt de rijksoverheid wet- en regelgeving, het inrichten van de bekostigingsstructuur voor de uitvoering, de interdepartementale samenwerking en het laten uitoefenen van toezicht op de uitvoering door de IGZ. Het is ook de verantwoordelijkheid van overheden, zowel landelijk als lokaal, om andere partijen dan burgers, maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven te wijzen op hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden voor een goede volksgezondheid.

Met het beleid gericht op de openbare gezondheidszorg streven we uiteindelijk naar de volgende effecten:

- Het verlengen van de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status (SES) in 2020 met drie jaar van ongeveer 53 naar 56 jaar.
- De leef- en werkomgeving van mensen (bodem, water, lucht) is zo gezond en veilig dat mensen slechts een verwaarloosbaar risico lopen daarvan ziek te worden of daaraan dood te gaan. Dit doel is een uitwerking van een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid van de ministeries van VROM en VWS.

Hiertoe streven we op de korte termijn de volgende effecten na:

- In 2003 hebben alle gemeenten, ondersteund door hun GGD'en, integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid geformuleerd in een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid.
- Het aantal bedrijven dat een preventief gezondheidsbeleid voert is van 12% in 2000 toegenomen naar 25% in 2005.
- In 11 regio's zijn er geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen arbo-artsen, huisartsen en specialisten in 2002.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Wetgeving.* Wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid om een wettelijke verplichting te creëren voor de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Door deze wetswijziging verduidelijken we ook gemeentelijke taken. Uiterlijk 1 januari 2003 treedt de gewijzigde Wet collectieve preventie in werking.
- b. *Opstellen van convenanten.* Het in 2001 getekende Nationaal Contract OGZ geeft richting aan de samenwerking op landelijk, lokaal en regionaal niveau. In 2002 nemen we de uitvoering van de afspraken verder ter hand. De beschikbaarheid van een monitor voor lokale en regionale gezondheids(zorg) gebaseerd op uniforme en vergelijkbare gegevens, heeft prioriteit. De monitor is in 2005 klaar.
- c. *Subsidiëring.* Subsidiëring van de Netherlands School of Public Health (NSPH) voor de twee masteropleidingen Maatschappij en gezondheid en Community Medicine en cursussen lokaal gezondheidsbeleid. Subsidiëring van de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) om professionele samenwerking op het terrein van de openbare gezondheidszorg te ondersteunen.

Subsidiëring van diverse projecten en programma's, waaronder:

 - GGD NL ontvangt een projectsubsidie voor het opzetten van een benchmarksysteem van GGD'en. Dit benchmarksysteem is in ontwikkeling en in 2001 heeft 85% van de GGD'en zijn gegevens voor dit systeem aangeleverd opdat resultaatgerichte kengetallen gegenereerd kunnen worden.
 - Daarnaast financieren wij het project van GGD NL en de VNG gericht op het versterken van het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Door het project worden gemeenten en GGD'en ondersteund in het opstellen van een lokale nota gezondheidsbeleid.
 - Via de budgetten van ZorgOnderzoek Nederland worden programma's op het terrein van arbeid en gezondheid, en op het terrein van de openbare gezondheidszorg mogelijk gemaakt.
 - Ook verstrekken we in 2002 een subsidie voor de verbetering van de infrastructuur van de medische milieukundige functie op lokaal niveau. In november zenden we in samenwerking met de minister van VROM een notitie aan de Tweede Kamer over milieu en gezondheid.

1.2.4 Het beschermen en bevorderen van de gezondheid van jongeren (0-19 jaar)

We beogen een lokale jeugdgezondheidszorg die voorziet in een aanbod van voorzieningen toegesneden op de lokale situatie, van kwalitatief hoogwaardig niveau en voor iedereen toegankelijk. De jeugdgezondheidszorg moet door adequate vroegsignalering van gezondheids- en/of ontwikkelingsproblemen kunnen bijdragen aan tijdige behandeling en opvang, al dan niet via verwijzing.

Vanaf 2003 valt de integrale jeugdgezondheidszorg door een wijziging van de Wet collectieve preventie onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van gemeenten. Onze verantwoordelijkheid concentreert zich op het scheppen van randvoorwaarden zoals het wettelijk kader, het stimuleren van innovatie en de ontwikkeling van een registratie- en kwaliteitsstelsel.

Als doelstelling beogen we een verbetering van de gezondheidstoestand van de jeugd. Daarnaast streven we er door specifiek beleid naar dat kinderen van ouders met een lage sociaal-economische status een hogere gezonde levensverwachting krijgen. Door een verbeterde vroegsignalering zal het aantal kinderen met leerachterstanden kunnen afnemen in samenhang met het beleid voor vroeg voorschoolse educatie (VVE). Deze effecten kunnen niet alléén bereikt worden door de minister van VWS, andere actoren zoals andere departementen, lokale overheden en scholen spelen een even grote rol.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Wetgeving.* Wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, zodat gemeenten wettelijk verplicht zijn het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg uit te voeren. Uiterlijk 1 januari 2003 treedt de gewijzigde wet in werking. Daarnaast bereiden we een Besluit Jeugdgezondheidszorg voor, dat het basistakenpakket nader definieert. Ook hiervan voorzien we een inwerkingtreding per 1 januari 2003.
- b. *Convenant.* We werken aan het opstellen van een basisconvenant jeugdgezondheidszorg (JGZ) tussen VWS, VNG en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, waarin we afspraken over financiering, registratie en kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg vastleggen om te komen tot een integrale JGZ. Het convenant is in het najaar 2001 gereed.
- c. *Subsidiëring.* Subsidieverlening aan diverse projecten voor de ontwikkeling, innovatie en implementatie van de gewijzigde Wcpv. Ook wordt een financiële bijdrage geleverd aan de versterking van een landelijke ondersteuningsstructuur. Via een specifieke regeling stellen we net als in 2001 ook in 2002 € 15,9 mln. beschikbaar voor vroegsignalering van risicokinderen.

1.2.5 Het instandhouden van het huidige niveau van consumentenbescherming

Dit beleidsterrein gaat over de voedselveiligheid en de veiligheid van producten anders dan levensmiddelen. Dit consumentenbeschermingsbeleid realiseren we met wet- en regelgeving waarin de normen voor veilige levensmiddelen en producten en de eisen waaraan productieprocessen moeten voldoen, zijn vastgelegd. Deze wet- en regelgeving is in belangrijke mate internationaal geharmoniseerd. Normstelling wordt aangepast aan nieuwe inzichten over veiligheid. Op aandringen van Nederland wordt in EU-kader gewerkt aan communautaire normen voor

onder meer mycotoxines. Als uitvoering van de «Integrale Nota Biotechnologie» wordt de etikettering van producten van de moderne biotechnologie aangescherpt. Via de inzet van verschillende beleidsinstrumenten wordt beleid gericht op het terugdringen van de besmetting van (pluim-vee)vleesproducten door pathogene bacteriën geïntensiveerd. De infrastructuur voor crisissignalering en -management en het opsporen van potentiële risico's is verbeterd en zal op onderdelen nog verder worden uitgewerkt. Handhaving van de wetgeving is een essentieel onderdeel voor het realiseren van de doelstellingen.

Voor een snelle, ingrijpende modernisering en stroomlijning van de organisatie op het gebied van voedselveiligheid werken we aan de totstandkoming van een centrale structuur voor Voedselveiligheid: de Nederlandse Voedselautoriteit (NVa). Het werkterrein van de NVa bestrijkt voedselveiligheid en gezonde voeding en beslaat de gehele voedselketen met inbegrip van grondstoffen, hulpstoffen en processen die potentieel effect hebben op de volksgezondheid. De (voorlopige) NVa zal worden ingesteld als een interdepartementale (VWS, LNV) directie. De definitieve NVa zal een onafhankelijke status krijgen. De bevoegdheden van de NVa liggen met name op het vlak van onderzoek (risicoanalyse), toezicht en communicatie. Het beleid blijft een kabinetsverantwoordelijkheid. Producenten van levensmiddelen en producten zijn primair verantwoordelijk voor de veiligheid daarvan. De overheid stelt de wettelijke kaders voor de veiligheid van die producten. De meting van het effect van het beleid is indirect. Een belangrijk gegeven zijn de resultaten van de handhavingsinspanning door de verantwoordelijke inspectiediensten. Jaarlijks worden daartoe inspectieprogramma's vastgesteld.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Wetgeving.* Wetgeving is de basis voor veiligheid van levensmiddelen en producten. Het stelt eisen waaraan producenten moeten voldoen. Naar aanleiding van de brand in Volendam besteden we in 2002 extra aandacht aan de brandveiligheid van huishoudelijke producten en textiel door regelgeving respectievelijk een convenant.
- b. *Handhaving.* De Keuringsdienst van Waren (KvW) en de Rijksdienst voor Keuring van Vee en Vlees (voor producten van dierlijke oorsprong) signaleren en controleren de wettelijk vastgestelde eisen en dwingen zo nodig handhaving af. Zie beleidsartikelonderdeel 11B. Bij de KvW worden extra controleurs aangesteld.
- c. *Voorlichting.* De Stichting Consument en Veiligheid en de Stichting Voedingscentrum Nederland verzorgen voorlichting en informatie aan de consument. We subsidiëren beide stichtingen en in 2002 hebben we extra middelen ter beschikking gesteld voor voorlichtingsbijeenkomsten op de terreinen veilig vervoer en het voorkomen van vergiftigingen bij kinderen.

1.2.6 Het toerusten en ondersteunen van gebruikers van de zorg, zodat zij hun wensen en behoeften zo veel mogelijk zelf kunnen benoemen. Daarnaast streven we naar een versterking van de patiëntenbeweging

In 2001 hebben we de nota «Met zorg kiezen» uitgebracht (Kamernummer 2000–2001, 27 807, nr. 2). Mensen die gebruik maken van zorg kunnen op verschillende manieren toegerust of ondersteund worden om hun wensen en behoeften kenbaar te maken. Hiertoe onderscheiden we in de nota de volgende vijf «toerustingniveaus»:

1. Een adequate rechtspositie van zorggebruikers.
2. De beschikbaarheid van informatie op basis waarvan zorggebruikers inzicht krijgen in de aangeboden dienstverlening.
3. De mogelijkheid dat zorggebruikers zich laten begeleiden bij de formulering van hun keuze voor een bepaald zorgproduct of een zorgverzekering.
4. De mogelijkheid dat zorggebruikers zonder directe tussenkomst van een verzekeraar zelf zorgproducten inkopen of zorgarrangementen samenstellen op basis van een vooraf bepaald budget. Hierbij valt onder meer te denken aan het persoonsgebonden budget (PGB). Zie ook de beleidsartikelen 4 en 5.
5. De aanwezigheid van onderhandelingsmacht, bijvoorbeeld via collectieve belangenvertegenwoordiging zoals patiënten-/consumentenorganisaties.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Wetgeving.* In 2002 verbeteren we de samenhang tussen de bestaande wet- en regelgeving op het terrein van patiënten- en kwaliteitsbeleid. Input voor deze verbetering vormen de reeds uitgevoerde evaluaties van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ). Ook krijgt het Patiëntenfonds in 2002 een wettelijke basis.
- b. *Convenanten.* In 2002 sluiten wij per zorgsector informatieconvenanten met vertegenwoordigers van patiënten-/consumentenorganisaties en zorgaanbieders over het beschikbaar stellen van vergelijkende informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod en de dienstverlening van zorginstellingen. In een overgangperiode van twee jaar (2002 en 2003) stellen we zorgaanbieders en verzekeraars in de gelegenheid informatie over dienstverlening openbaar en inzichtelijk te maken. Ook het verwerken van de kwaliteitscriteria in de beoordelings- en certificatieschema's van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector zullen wij verder stimuleren.
- c. *Subsidiëring.* In 2002 voeren wij een experiment uit om de inzage van medische gegevens door zorggebruikers met behulp van ICT te onderzoeken. Zorggebruikers moeten zich – indien nodig – kunnen laten adviseren of begeleiden bij het formuleren van hun vragen en hun keuze voor een bepaald zorgproduct of een zorgverzekering.
- d. *Onderzoek.* In 2002 laten we een haalbaarheidsstudie verrichten naar alternatieve vormen van financiering van koepelorganisaties van patiëntenverenigingen. Daarmee beogen we in 2003 een vraaggestuurde vorm van financiering te introduceren om de financiële binding van deze organisaties met hun leden te vergroten. We willen de koepelorganisaties van patiëntenorganisaties vanaf 2003 op een meer prestatiegerichte wijze financieel ondersteunen op basis van de door hen uitgevoerde en inzichtelijk gemaakte functies, producten en diensten. Gehandicapten- en ouderenorganisaties, die op dit moment worden gefinancierd in het kader van de Welzijnswet, zullen worden gefinancierd door het Patiëntenfonds. Het ligt in de rede dat dan ook de naamgeving en de statuten van het huidige Patiëntenfonds worden aangepast.

1.2.7 Een integrale programmering van projecten, experimenten en onderzoek op het terrein van de volksgezondheid en zorg

Met het PEO-beleid regisseren we de besluitvorming en prioritering van middelen voor onderzoek en ontwikkeling. Daarbij streven we naar een betere aansluiting van onderzoek en ontwikkeling op beleidsmatige en maatschappelijke doelen. Doordat programmering plaatsvindt in samenspraak met deskundigen en sleutelfiguren in het veld verbetert de kwaliteit van de projecten, experimenten en onderzoeken, en wordt de bruikbaarheid van resultaten vergroot. De onderzoeksprogrammering heeft een breder bereik dan alleen de gezondheidsbevordering en -bescherming en bestrijkt ook de cure en de care.

Het bepalen van de terreinen waarop projecten, experimenten en onderzoek dienen plaats te vinden, behoort tot onze kernactiviteiten. Dat geldt niet voor het doen uitvoeren, subsidiëren en monitoren van de projecten. Intermediaire organisaties met een specifieke deskundigheid op dat terrein zijn daartoe meer geëigend. Dit jaar heeft het kabinet een belangrijke stap gezet door de intermediaire organisaties ZON en Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen van NWO samen te voegen tot één intermediaire onderzoeksorganisatie voor de hele gezondheidszorg: ZON-MW.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidiëring van ZON. Jaarlijks brengen we een samenhangend PEO-programma volksgezondheid en zorg uit, waarin we ontwikkelingen op het terrein van PEO melden. We beogen dat ten minste 75% van de middelen op het PEO-artikel binnen programma's tot besteding wordt gebracht. In 2002 wordt bij ten minste 90% van alle programma's expliciet aandacht besteed aan communicatie- en implementatieactiviteiten. Alle afgeronde programma's worden geëvalueerd; over de resultaten van deze programma's informeren we de Kamer. Ook met het Aidsfonds hebben we een subsidierelatie.

1.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	185 377	106 870	81 667	108 104	119 571	116 160	116 137
Uitgaven (totaal)	113 676	141 225	141 883	149 211	149 649	149 286	149 286
Programma-uitgaven (totaal)	109 509	137 019	138 099	145 427	146 206	145 843	145 843
– Gedragsgerichte gezondheidsbevordering			17 579	17 579	17 715	17 715	17 715
– Voorkoming/opsporing van (niet)infectieziekten			6 892	6 825	6 825	6 825	6 825
– Kwaliteit lokaal gezondheidbeleid en ggd's			9 139	9 139	9 092	9 092	9 092
– Hoogwaardige jeugdgezondheidszorg (0 tot 19 jaar)			15 939	15 939	15 939	15 939	15 939
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			15 939	15 939	15 939	15 939	15 939
– Consumenten- en productveiligheid			6 140	6 140	6 081	6 081	6 081
– Positie patiënt en patiëntenbeweging			26 976	24 844	24 844	24 390	24 390
– Projecten, experimenten en onderzoek			55 435	64 962	65 710	65 801	65 801
<i>Waarvan bijdrage aan ZBO's</i>		5 645	5 645	5 645	5 645	5 645	5 645
Apparaatsuitgaven	4 167	4 206	3 784	3 784	3 443	3 443	3 443
Ontvangsten	3 515	2 761	2 761	2 761	2 761	2 761	2 761

1.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	138 099	145 427	146 206	145 843	145 843
Juridisch verplicht in %	65,4	32,6	23,1	12,6	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	23,7	22,5	22,4	22,4	22,4

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats.

1.5 Groeiparaagraaf VBTB

Veel doelstellingen behoeven een nadere kwantitatieve operationalisering. Om hierin te voorzien, werken we het komende jaar aan het opzetten of verder uitbouwen van relevante registratiesystemen. Zo zullen we in 2002 werken aan een integraal meetsysteem om effecten in gedragsverandering te kunnen presenteren. Daarnaast werken we in 2002 aan het opzetten van een monitor voor lokale en regionale gezondheidszorg. Gezien de omvang van dit project verwachten wij dat deze monitor niet eerder gereed is dan 2005. Waar mogelijk zullen wij beschikbare informatie tussentijds presenteren. Ook zullen we in 2002 werken aan een benchmarksysteem voor GGD'en. Hiermee worden prestatiegegevens ontwikkeld voor deze gemeentelijke diensten. Tevens zullen we in dit begrotingsjaar bij de modernisering van de jeugdgezondheidszorg de ontwikkeling van een registratiesysteem voor de jeugdgezondheidszorg ter hand nemen.

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr.57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren. De gegevens, opgenomen in de brancherapporten, kunnen aanleiding zijn om overleg te voeren met gemeenten, provincies en instellingen over het leggen van accenten in het gevoerde beleid.

Hoewel het PEO-beleid is opgenomen bij dit artikel, heeft de inzet van PEO-middelen ook een directe relatie met de (operationele) doelstellingen van de overige beleidsartikelen in de begroting. De onderzoeksprogramme-

ring heeft namelijk een breder bereik dan alleen gezondheidsbevordering en -bescherming; het beslaat het gehele gebied van volksgezondheid en zorg. Wij hebben dan ook het voornemen in volgende begrotingen de PEO-uitgaven te specificeren per beleidsartikel.

In onderstaande tabel is samenvattend weergegeven welke evaluaties op het terrein van gezondheidsbevordering en -bescherming zijn voorgenomen.

Tabel 1: voorgenomen evaluaties	
<i>Onderwerp</i>	<i>Geplande uitvoering</i>
Een haalbaarheidsstudie naar alternatieve vormen van financiering van koepelorganisaties van patiëntenverenigingen.	2002
Evaluatie van afgeronde PEO-programma's volksgezondheid en zorg	Zodra een programma is afgerond.

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

2.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het bewerkstelligen van een patiëntgerichte curatieve somatische zorg inclusief de geneesmiddelenvoorziening. Daartoe moeten partijen zich richten op integrale, transmurale zorgketens. Doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid dienen voorop te staan.

De curatieve somatische zorg is gericht op het behandelen van ziekte. Bij het behandelen van ziekte zijn veel en uiteenlopende instellingen en beroepsbeoefenaren betrokken. Traditioneel wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen intramurale zorg (tweede lijn; het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf: ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg) en extramurale zorg (eerste lijn, bijvoorbeeld huisartsen en verloskundigen). De geneesmiddelenvoorziening die ook in dit beleidsartikel is opgenomen, betreft niet alleen de intramurale en extramurale curatieve somatische zorg, maar ook de caresectoren.

Door het toegenomen belang van samenhang in de zorg zijn de grenzen tussen intramuraal en extramuraal aan het vervagen. Zorg wordt meer en meer transmuraal en integraal (ketenzorg) geleverd, waarbij de zorgbehoefte van de patiënt centraal staat. Verder wordt een regiogerichte benadering voorgestaan. Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen immers het beste op regionaal niveau in goed onderling overleg werken aan het optimaliseren van een kwalitatief hoogwaardig, doelmatig en voor iedereen toegankelijk zorgaanbod. Een voorbeeld is het geneesmiddelenbeleid, zoals neergelegd in het Kabinetsstandpunt op de rapporten van de commissie De Vries en de MDW werkgroep geneesmiddelen d.d. 17 april 2000. Voor de korte termijn gaat het om het aanscherpen van al bestaande beleidsinstrumenten, zoals projecten om de kosten van de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen te beheersen, en voor de langere termijn om ingrijpende structuurmaatregelen gericht op verzekeraars, voorschrijvers, afleveraars en inkopers.

In de eindsituatie hebben de zorgverzekeraars de regie en gelden voor alle partijen doelmatigheidsprikkels. In die situatie – maar niet eerder – kan de overheid haar beheersingsinstrumenten (GVS, WGP) loslaten. De curatieve somatische zorg wordt gefinancierd uit premiemiddelen (ZFW en particulier) en begrotingsmiddelen. We houden ons daarbij voornamelijk bezig met het creëren van randvoorwaarden; het ministerie heeft geen directe rol bij het daadwerkelijk uitvoeren van de curatieve zorg. Die verantwoordelijkheid ligt bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het belang van ethiek in de gezondheidszorg neemt toe. Medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen, het toegenomen medische kunnen en veranderingen in de organisatie en bedrijfsvoering van de gezondheidszorg leiden tot ethische vragen of dilemma's. Om ontwikkelingen die tot normatieve vragen leiden tijdig te kunnen signaleren, brengen we vanaf 2002 gelijktijdig met de begroting een ethische agenda uit.

In de sector curatieve somatische zorg worden verschillende intensiveringen via de begroting bekostigd. Een aantal belangrijke intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting 2001 is besloten, wordt hierna kort toegelicht.

De opleidingscapaciteit voor huisartsen, verloskundigen, orthodontisten en vluchtelingartsen wordt uitgebreid. Verder wordt de huisartsenopleiding aantrekkelijker doordat het salaris van huisartsen in opleiding in overeenstemming is gebracht met de zwaarte van de functie. Met het

totale pakket aan opleidingsmaatregelen is een bedrag gemoeid van € 19,8 mln. in 2002, oplopend tot € 34,8 mln. in 2004; bij Voorjaarsnota heeft het kabinet hiervoor € 17,9 mln. voor 2001 beschikbaar gesteld. Genoemde bedragen zijn exclusief het bedrag van € 9,1 mln. structureel, dat bij de algemene politieke beschouwingen 2000 op grond van de motie-Dijkstal c.s. (TK, 2000–2001, 27 400 XVI) beschikbaar is gekomen voor de uitbreiding van de huisartsenopleiding. Voor de beroepsinhoudelijke ontwikkeling van verplegenden en verzorgenden stellen wij vanaf 2001 structureel € 4,5 mln. beschikbaar aan de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). Verder trekken wij extra middelen uit voor de zorg en nazorg bij de vuurwerkram্প Enschede en de nieuwjaarsbrand Volendam: € 11,8 mln. in 2002, € 9,5 mln. in 2003 en € 8,6 mln. in 2004. Bij Voorjaarsnota is voor 2001 reeds € 15,4 mln. beschikbaar gesteld. Voor de bevordering van een effectief en efficiënt gebruik van ICT in de zorg en voor de introductie van Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC's) trekken wij ook in 2002 middelen uit. Voor DBC's hebben wij op basis van de besluitvorming bij Voorjaarsnota voor 2001 vanuit de begroting € 14,2 mln. beschikbaar gesteld voor de eerste groep koploperziekenhuizen (uit de ICT-middelen), alsmede € 15,6 mln. voor de projectorganisatie en het kostprijsmodel (naast een bedrag van € 52,5 mln. dat via de premiezijde aan de instellingen wordt uitgekeerd).

Relatie met Zorgnota

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van de middelen die de premiesector beschikbaar stelt voor de curatieve somatische zorg. Zo vullen begrotings- en premiemiddelen elkaar aan in budgettaire omvang, waarbij het premiedeel veruit het grootste is. Ook op een andere manier hebben ze met elkaar te maken: in de relatie tussen de prestaties die geleverd worden met de inzet van begrotingsmiddelen en de effecten daarvan voor of in de premiesector. De toelichting in de beleidsbegroting beperkt zich in principe tot een toelichting op de prestaties door inzet van begrotingsmiddelen.

Ter illustratie bevat de tabel hieronder de totale budgetten die onder de bovengenoemde algemene doelstelling vallen. Ze worden in de Zorgnota toegelicht en onderbouwd.

bedragen x € 1 mln.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven beleidsartikel 2	244,2	202,5	197,7	206,6	205,2	205,2
Sector Curatief somatische zorg (totaal)*	15 136,3	15 400,4	15 599,2	15 711,9	15 776,2	15 839,0
Sector Geneesmiddelen en medische technologie en transplantaten (totaal)*	3 797,2	3 931,3	4 169,6	4 520,3	4 952,8	5 446,0

* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2002 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

2.2 Operationele beleidsdoelstellingen

2.2.1 Rechtsbescherming voor patiënten en (para)medici volgens de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

De rechtsbescherming voor patiënten en (para)medici maakt deel uit van het algemene (tucht)beleid voor beroepsbeoefenaren. Het medisch tuchtbeleid is erop gericht medici en paramedici zo zorgvuldig mogelijk te laten handelen. Het voornemen is om de medische tuchtcolleges met ingang van 1 januari 2003 onder te brengen bij het ministerie van Justitie en te integreren in de rechtbanken onder het centraal beheer van de Raad van de Rechtspraak.

Er wordt een onderscheid gemaakt in regionale en centrale tuchtcolleges. Een regionaal tuchtcollege behandelt een zaak in eerste aanleg. Beroep tegen die uitspraak kan worden ingediend bij het centraal tuchtcollege. Wij financieren de personele en materiële voorzieningen van de tuchtcolleges en innen de opgelegde boetes.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

a. *Financiering.* Financieren van de medische tuchtcolleges.

Tabel 1: aantal gedeclareerde zaken in 2000	
Totaal regionaal (1e aanleg)	1 152
Waarvan:	
Amsterdam	320
Eindhoven	247
Zwolle	211
Groningen	99
Den Haag	275
Centraal (beroep)	278

2.2.2 Een voldoende aantal gekwalificeerde beroepsbeoefenaren

De gezondheidszorg kan alleen maar goed functioneren wanneer er voldoende en goed opgeleide beroepsbeoefenaren beschikbaar zijn. De laatste tijd blijkt het niet eenvoudig om aan deze voorwaarde te voldoen en te blijven voldoen. Oorzaken hiervan zijn de sterk groeiende vraag naar curatieve zorg (onder andere door de vergrijzing) en de snel groeiende tendens om in deeltijd te werken. Het Capaciteitsorgaan voor de planning van de capaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen maakt ramingen van de vraag naar en het aanbod van huisartsen, verpleeghuisartsen, klinisch specialisten, sociaal geneeskundigen en tandheelkundige specialisten in de komende jaren. Op basis daarvan wordt berekend hoe groot de jaarlijkse instroom in de opleidingen tot deze specialismen moet zijn om evenwicht te bereiken in vraag en aanbod. De uitkomst van de ramingen wordt gekoppeld aan de gewenste instroom in de initiële opleiding tot arts. Uit het Capaciteitsplan 2001 blijkt dat een forse uitbreiding van de opleidingscapaciteit noodzakelijk is. Het Capaciteitsorgaan roept op tot snel handelen om te voorkomen dat de medische zorg in gevaar komt. Er dienen niet alleen meer artsen te worden opgeleid, maar er dienen ook andere maatregelen te worden genomen. Aangrijpingspunten zijn:

1. De opleidingscapaciteit vergroten.
2. Het rendement van de opleidingen verhogen (flexibilisering).
3. De doorstroming tijdens de opleiding versnellen.
4. De opleidingsduur verkorten.
5. Herintreding bevorderen.
6. Inzetten buitenlandse artsen faciliteren.
7. Het voortijdig uittreden tegengaan.
8. Taakdelegatie en substitutie stimuleren.

Aan de Kamer is toegezegd dat er vóór 1 november 2001 een plan komt met een nadere uitwerking van deze acht punten. In het plan zal onder meer staan wat concreet haalbaar is, welk tijdspad daarvoor moet worden gevolgd en welke effecten te verwachten zijn. Inmiddels heeft het ministerie de nodige stappen gezet om de opleidingscapaciteit bij de huisartsen, de medisch specialisten, orthodontisten en verloskundigen uit te breiden (zie hierna onder Instrumenten). Het kabinet zal in zijn reactie op het rapport van de MDW-werkgroep «Toetredingsbelemmeringen medische beroepen» uiteenzetten hoe op langere termijn moet worden omgegaan met de diverse toetredingsbelemmeringen bij de medische beroepsgroepen.

Het opleiden in de zorg is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van partijen in het veld. Voor de basisopleidingen ligt de verantwoordelijkheid bij OCenW. Omdat de financiering van de vervolgoopleidingen niet in alle gevallen door de partijen zelf geregeld kan worden, financieren we deze activiteiten uit de VWS-begroting.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Bekostiging/Financiering:

- Subsidie voor de exploitatie van opleidingen verloskunde. Gelet op bestaande en verwachte tekorten is het gewenst meer verloskundigen op te leiden. Om nog in 2001 een uitbreiding ten opzichte van de bestaande drie opleidingen te realiseren, is de toelatingscapaciteit als gevolg van de besluitvorming bij Voorjaarsnota structureel met 40 plaatsen uitgebreid tot 200. Voor het studiejaar 2001–2002 wordt de capaciteit met nog eens 33 plaatsen uitgebreid. Wij gaan na of een structurele uitbreiding tot 240 eerstejaarsplaatsen mogelijk is, in het licht van beschikbare stageplaatsen, docenten en studenten.

Tabel 2: aantal verloskundigen in opleiding							
	2000 realisa- tie	2001 raming	2002 raming	2003 raming	2004 raming	2005 raming	2006 raming
Instroom	160	233	240	240	240	240	240
Totaal	520	640	750	870	960	950	960
Uit- stroom	108	100	100	100	130	190	190

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector.

- Financieren van de huisartsopleiding. Op basis van de ramingen van het Capaciteitsorgaan blijkt dat er meer huisartsen moeten worden

opgeleid om in de toekomstige vraag naar huisartsen te kunnen voorzien. Wij maken een uitbreiding van de toelatingscapaciteit van 360 plaatsen in 2000 tot 420 in 2001 (€ 1,5 mln.), oplopend tot 670 plaatsen in 2004 (€ 13,1 mln.). Bij de algemene politieke beschouwingen 2000 was op grond van de motie-Dijkstal c.s. (TK, 2000–2001, 27 400 XVI) al € 9,1 mln. beschikbaar gekomen voor de uitbreiding van de huisartsopleiding. Daarnaast stellen wij middelen beschikbaar om het salaris van huisartsen in opleiding in overeenstemming met de zwaarte van de functie te brengen. Hiermee is een bedrag gemoeid van € 9,5 mln. in 2002, oplopend tot € 15,4 mln. in 2004.

Tabel 3: aantal huisartsen in opleiding

	2000 realisatie	2001 raming	2002 raming	2003 raming	2004 raming	2005 raming	2006 raming
Instroom	360	420	500	585	670	670	670
Totaal	960	1 116	1 280	1 505	1 755	1 925	2 010
Uitstroom	322	320	330	350	410	490	575

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector en SBOH (vanaf 2000).

- Financieren van het Capaciteitsorgaan voor de planning van de capaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen.
- Subsidieregeling van docenteninspanning van opleiders verbonden aan de universiteit (medische faculteit) aan de opleiding van agio's (inclusief kaakchirurgie) in academische ziekenhuizen; financieren van de opleiding tot orthodontist; financiële ondersteuning van de opleiding van de vluchtelingarts en subsidiëring van extra opleidingsplaatsen oogheelkunde. Door jaarlijks ca. € 3,4 mln. in te zetten is het mogelijk 60 à 70 vluchtelingartsen per jaar door begeleiding en coaching in staat te stellen het beroep van arts in Nederland uit te oefenen, alsmede een centraal meldpunt voor buitenlands gediplomeerden in te richten. Verder worden middelen ingezet om in Groningen opleidingscapaciteit voor orthodontie te realiseren (€ 2,0 mln. in 2001 en € 1,6 mln. in 2002) en om extra instroom in de opleiding mogelijk te maken (€ 0,2 mln. in 2002, oplopend tot € 0,5 mln. vanaf 2004).

2.2.3 Het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid in de curatieve somatische zorg

De meerjarenaafspraken die in oktober 1998 zijn gemaakt, bevatten veel afspraken over doelmatigheid en kwaliteitsverbetering. Een aantal activiteiten die met het operationaliseren van het beleid op dit gebied te maken hebben, zoals het programma Medical Technology Assessment (MTA), financieren we uit de VWS-begroting.

Het MTA-programma is gestart om partijen in de zorgsector tot doelmatiger handelen aan te zetten. Dit gebeurt vooral door gerichte maatregelen bij de aspecten onderzoek, signalering, samenwerking, verspreiding en implementatie van kennis inzake MTA en doelmatigheid van zorg. Een van de activiteitenclusters is ICT. Alle inspanningen gericht op het tot stand brengen van een elektronisch medisch dossier en de daarvoor

benodigde infra- en informatiestructuur hebben we ondergebracht in het project «ICT in de zorg». Met dit project beogen we ondersteuning van het veld bij het realiseren van de afspraken die zijn gemaakt in het Platform ICT in de zorg (IPZ). Het werk van het platform is klaar wanneer een Elektronisch Patiënten Dossier is gerealiseerd met landelijke dekking, dat 24 uur per dag toegankelijk is.

Per januari 2003 is de bekostiging van ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg gebaseerd op Diagnose-Behandeling-Combinaties, oftewel DBC's. DBC's zijn beschrijvingen van zorgproducten met bijbehorende kosten van zowel het ziekenhuis als de medisch specialist. Dankzij dit kostenmodel is duidelijk hoeveel een behandeling in totaliteit kost. Uiteindelijk zal dat leiden tot een meer transparante financiering van ziekenhuizen en medisch specialisten, inclusief het inkomen van de medisch specialisten. De ziekenhuizen en zorgverzekeraars maken lokaal afspraken over het volume, de prijs en de kwaliteit van de DBC's en daarmee de bekostiging van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

In de beleidsbrief «Modernisering curatieve zorg» is een programma van activiteiten geschetst om te komen tot een meer vraaggerichte curatieve sector. Om dit te bereiken zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders rond 2005 met een grote mate van vrijheid en verantwoordelijkheid vraag en aanbod van zorg op elkaar moeten kunnen afstemmen.

Daarnaast is het verbeteren en moderniseren van de logistieke organisatie van de zorg een belangrijk aandachtspunt (bijv. bij de ziekenhuizen). Uit de doorbraakprojecten en andere vernieuwingsprojecten van het CBO is gebleken dat doorstroomtijden van bepaalde zorgprocessen aanzienlijk kunnen worden verkort. Het CBO gaat hiermee de komende jaren voortvarend verder. Meer informatie is te vinden op www.cbo.nl.

Omstreeks 2005 zullen risicodragende verzekeraars verantwoordelijk zijn voor het contracteren van de nodige zorg op de diverse deelmarkten. De overheid blijft borgen dat de zorg voor verzekerden toegankelijk en betaalbaar blijft. Ook blijft de overheid verantwoordelijk voor de planning en financiering van investeringen met een landelijk karakter.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

a. Subsidiëring. Subsidiëren van:

- Instellingen die zich bezighouden met medical technology assessment (MTA), protocollering en richtlijnen. Het programma «Herijking Richtlijnen» en het ingezette beleid inzake MTA en doelmatigheid van zorg (vanaf 1997) evalueren we eind 2001.
- De Landelijke Huisartsen Vereniging voor activiteiten rond farmacologisch transmuraal therapeutisch overleg (FTTO) en invoeren van elektronisch voorschrijven (EVS). Dit om tot een aanzienlijke kostenbesparing te komen.
- Kwaliteitsinstituten om de kwaliteit en doelmatigheid van de paramedische zorg te verbeteren. Aldus wordt er een infrastructuur voor kwaliteitsbeleid opgebouwd, worden er richtlijnen ontwikkeld, vindt intercollegiale toetsing, bij- en nascholing plaats en verbetert de informatievoorziening.
- Centra voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ) met het doel deze als een «verzamelplaats» van beproefde behandelmethoden en technische ontwikkelingen te laten fungeren. Deze kenniscentra voor palliatieve zorg zijn verbonden aan een academisch ziekenhuis en voorzien van beroepskrachten met specifieke kennis over patiënten die terminale palliatieve zorg behoeven. De voortgang

van alle vijf projecten meten we door middel van een tussenbalans (met onder meer gegevens over het aantal consulten) in de tweede helft van 2001.

- ICT-projecten of -experimenten. Het ministerie van Economische Zaken is in 2000 gestart met het actieplan «concurreren met ICT-competenties». Omdat de gezondheidszorg een van de kansrijke toepassingsgebieden is, financieren we in afstemming met EZ doorbraakprojecten.
 - Activiteiten op het terrein van DBC's. De kosten voor dit project hebben betrekking op de ondersteuning van de instellingen bij de overstap naar de DBC-bekostigingssystematiek en implementatiekosten. Per januari 2001 zijn twintig ziekenhuizen gestart met de DBC-registratie, de zogenoemde koploperziekenhuizen. In juli 2001 is een tweede groep koploperziekenhuizen gestart met de registratie van DBC's en vanaf januari 2002 zal ook de overige groep ziekenhuizen starten. Al deze instellingen ontvangen een stimuleringsbijdrage die, via het verdeelmechanisme dat in ontwikkeling is, via de premiezijde aan de instellingen wordt uitgekeerd (zie Zorgnota 2002).
- b. *Aanstellen bouwgemachtigden.* Aanstellen van bouwgemachtigden op omvangrijke bouwprojecten om de bouwkosten te beheersen.
- c. *Ondersteuning paramedische beroepsgroepen.* Ondersteunen van paramedische beroepsgroepen bij de infrastructuur, de invoering van richtlijnen, intercollegiale toetsing, bij- en nascholing en het kwaliteitsregister. Voor oefentherapie César zijn vier richtlijnen ontwikkeld en voor Mensendieck zijn er twee in ontwikkeling. Het systeem voor geaccrediteerde bij- en nascholing is sinds 1 januari 2000 operationeel en is door 6000 tot 7000 fysiotherapeuten gevolgd. Voor fysiotherapeuten hebben 1000 intercollegiale overleggen fysiotherapie (IOF's) plaatsgevonden.
- d. *Uitvoering programma modernisering curatieve zorg:*
- Onderzoek en monitoring.
 - Inzet externe expertise.
 - Facilitering en stimulering van projecten.
 - Communicatie, onder meer via een nieuwsbrief.

2.2.4 Het bevorderen en bewaken van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg

Al eerder is aangegeven dat ethiek steeds meer aandacht krijgt in de gezondheidszorg. Voor het eerst is door ons een ethische agenda opgesteld. Deze agenda is tegelijk met de Begroting 2002 uitgebracht en geeft, naast een overzicht van de op dit moment aan de orde zijnde ethische onderwerpen, inzicht in medisch-wetenschappelijke trends die op termijn kunnen leiden tot maatschappelijke en/of politieke vragen. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan het transparanter maken van beleid met betrekking tot ethische vraagstukken. Het is de bedoeling dat de informatie voor de ethische agenda in de toekomst voor een belangrijk deel door het nog op te richten Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) zal worden geleverd.

In 1998 hebben we de Wet op de orgaandonatie (WOD) ingevoerd, waarmee orgaandonatie bij leven en na overlijden wordt geregeld. Met het huidige beleid versterken we twee trajecten. Ten eerste verbetering van de gang van zaken binnen de ziekenhuizen, wat een groter aantal te transplanteren organen moet opleveren. Ten tweede nadere voorlichting aan de bevolking, met het doel de bereidheid te vergroten om zich als

potentiële donor beschikbaar te stellen. Omdat het aanbod van orgaan-donoren van verschillende factoren afhankelijk is, is er geen rechtstreekse relatie te leggen tussen het aantal mensen dat een wilsbeschikking heeft laten opnemen in het Donorregister en het aantal orgaandonoren dat er is. Het aantal donoren is een uitkomst die niet te voorspellen is. Met het faciliteren van ziekenhuizen beogen we dat iedere potentiële donor ook daadwerkelijk organen doneert. Maatregelen zijn bijvoorbeeld het aanstellen van donatiefunctionarissen (ten behoeve van het herkennen van donoren en ondersteunen gedurende de procedure) en een orgaan-uitnameteam.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Centrum voor Ethiek en Gezondheid.* Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid wordt geleidelijk opgestart in 2002 en gaat per 1 januari 2003 volledig van start. Dit centrum zal – via de Gezondheidsraad en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg – signaleringen aanleveren voor de jaarlijkse ethische agenda. In 2004 verwachten we het eerste signalement.
- b. *Subsidiëring.* Subsidiëren van:
 - Opzet en exploitatie ERFO-centrum voor voorlichting, informatie en documentatie van erfelijke en/of aangeboren aandoeningen. In 2002 laten we de werking van het centrum evalueren. Aan de hand van die gegevens kijken we of een continuering van deze activiteit wenselijk is. We streven ernaar het aantal verzoeken om informatie aan de ERFO-lijn te laten stijgen van 2500 in 2001 naar 3500 in 2002. Er komt een 0900-nummer voor telefonische informatieverstrekking. De website moet groeien van 500 bezoekers per dag in 2001 naar 1000 bezoekers per dag op jaarbasis in 2002. Er komt in 2002 een informatiebulletin dat periodiek per e-mail wordt verspreid.
 - Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde voor het project SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). Het project is gericht op verbeterde consultatie van artsen bij euthanasievraagstukken om de kwaliteit van de beoordeling te verbeteren. In totaal zijn 308 SCEN-artsen opgeleid en actief in 2000 en 421 in 2001. Volgens plan ronden we het project in 2002 af en zijn er in 2003 in heel Nederland SCEN-artsen beschikbaar. De effecten van consultatie van een SCEN-arts worden meegenomen in het evaluatieonderzoek euthanasie. De resultaten van dit onderzoek komen eind 2003 beschikbaar.
- c. *Financiering maatschappelijk debat.* Financieren van het maatschappelijk debat Xenotransplantatie, gericht op verbeterde publieke informatie over medisch-ethische kwesties. In 2002 wordt een wettelijke regeling voor een verbod op bepaalde verrichtingen met dierlijke bestanddelen (xenotransplantatie) van kracht.
- d. *Financiering donorregister.* Financieren van de exploitatie van het Donorregister. Door de jaarlijkse aanschrijving van achttienjarigen is er steeds aanwas van het Donorregister. De respons op de jaarlijkse mailing ligt rond de 33%. Van deze 33% geeft 50% aan orgaandonor te willen worden, 35% wil dat niet en 15% laat het over aan een 3e/nabestaande. In het najaar van 2001 verschijnt een rapport over de Evaluatie van de Wet op de orgaandonatie.

Tabel 4: raadpleeggegevens donorregister

2000	4 605
Raming 2001	: 6 000 (januari t/m april: 2 156)

- e. *Rijksbijdrage.* Verstrekken van een rijksbijdrage aan 19 abortusklinieken. Naast de abortusklinieken bestaan er 110 ziekenhuizen met een vergunning tot het afbreken van zwangerschap.

2.2.5 Het bevorderen van onderzoek en deskundigheid in de zorg

Onderzoek is een belangrijke pijler van het beleid op het terrein van de curatieve somatische zorg. Het bevorderen van innovatie, zorgvernieuwing, het ontwikkelen van nieuwe behandelmethoden en het testen van nieuw zorgbeleid en nieuwe medische technieken op haalbaarheid en effectiviteit zijn van groot belang voor het handhaven van een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige curatieve zorg. Om onderzoek te bevorderen financieren we op een aantal terreinen onderzoeksinstituten.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidiëren van:

- Het Nederlands Kanker Instituut voor fundamenteel wetenschappelijk kankeronderzoek, klinische research en implementatie van behandelwijzen.
- Het kennis- en documentatiecentrum Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) om infrastructuur, onderzoek en ontwikkeling in het paramedisch veld in stand te houden. Het resultaat bestaat uit meetinstrumenten voor kwaliteits- en doelmatigheidsbeheersing en het opstellen van richtlijnen voor diverse paramedische beroepen en het versterken van «evidence based» paramedische interventies.
- Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) voor de instandhouding van de infrastructuur. Het kennis- en onderzoekscentrum voor het zorgveld heeft onder meer kennis over aantallen, activiteiten en organisatie, patiëntenkenmerken, eerstelijnsvoorzieningen en evaluaties van beleidsmaatregelen.
- De Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) om projecten uit te voeren op het terrein van de beroepsinhoudelijke ontwikkeling van verpleegkundigen en verzorgenden. Hiermee wordt beoogd hun inbreng in de beleidsvorming te vergroten, de beroepsuitoefening bij voorkeur met wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen en een actieprogramma uit te voeren. Met ingang van 2001 stellen wij hiervoor jaarlijks € 4,5 mln. beschikbaar.

2.2.6 Het verbeteren van de kwaliteit en de organisatie van de spoedeisende medische hulpketen voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen

In samenwerking met de minister van Binnenlandse Zaken streven we naar het verbeteren van de kwaliteit (inhoud en organisatie) van de spoedeisende medische hulpverlening (SMH) als opmaat naar een goede Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR). De GHOR is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van BZK en VWS. Het

gekozen uitgangspunt daarbij is de traumapatiënt, die van de ongevallocatie tot in het ziekenhuis continue zorg op maat ontvangt. Crisisbeheersing is in eerste instantie gericht op het zorg dragen voor een zodanige structuur en maatregelen dat de kans op en de gevolgen van (grootschalige) incidenten en crises zo gering mogelijk zijn. Wij zijn daarbij verantwoordelijk voor de kwaliteit van de medische hulpverlening en voor de organisatie daarvan voorzover dat van belang is voor de kwaliteit van zorg. Binnen VWS is een crisisbeheersingsstructuur aanwezig. Deze wordt bij een crisis of een ramp geactiveerd om de crisis of de ramp het hoofd te bieden. De organisatie van VWS heeft een eenheid die specifiek belast is met de instandhouding en verbetering van deze structuur.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Crisisbeheersing.* Instandhouden van een crisisbeheersingsorganisatie binnen VWS met als doel door goede en tijdige voorlichting crises die zich voordoen beheersbaar te houden.
- b. *Subsidiëring.* Subsidiëren van:
 - Kenniscentrum voor urgentiegeneeskunde het Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde (NIVU) voor diverse projecten die leiden tot verbetering van de SMH en GHOR.
 - Ambulancezorg Nederland (AZN) voor projectteam ICT. Ambulancezorg Nederland ontwikkelt expertise op ICT-gebied (met name het communicatiesysteem C2000) om de regio's te ondersteunen bij de implementatie van C2000. De ICT-infrastructuur ambulancesector dient in 2004 operationeel te zijn.
- c. *Financiering:*
 - Financieren van een procescoördinator registratiesysteem traumacentra en financieren van procesondersteuning voor het uitwerken van het plan van aanpak voor een landelijke traumaregistratie dat gezamenlijk wordt vormgegeven door de tien traumacentra. De middelen die in 2001 beschikbaar zijn gesteld aan Enschede en Volendam hebben betrekking op onder meer de kosten voor een informatie- en adviescentrum, het houden van een bevolkingsonderzoek/gezondheidsmonitoring Enschede, het geven van psychosociale hulp, het versneld inrichten van een buitenpolikliniek in Volendam en een incidentele bijdrage voor de noodzakelijke verbouwing van Pius X in Volendam. Daarnaast zijn middelen toegekend voor de verbetering en instandhouding van de voorziening voor verwanteninformatie. Dit naar aanleiding van de aanbeveling van de commissie-Oosting aan VWS. Door middel van verwanteninformatie kunnen mensen zo snel mogelijk informatie krijgen over eventuele betrokkenheid van verwanten bij rampen. Het gaat om de volgende bedragen.

Tabel 5: extra middelen (na)zorg Volendam en Enschede

bedragen x € 1mln	2001	2002	2003	2004
Volendam	4,1	3,2	2,3	2,3
Enschede	11,3	8,6	7,3	6,4

Door de Commissie Alders is naar aanleiding van de cafébrand in Volendam onder andere geconstateerd dat de beschikbaarheid van mobiele medische teams voor geneeskundige hulp bij ongevallen en

rampen verbetering behoeft. Het kabinet heeft dat overgenomen en stelt hiervoor premiemiddelen ter beschikking.

2.2.7 Het versterken van de expertise in de reguliere zorg bij arbeidsgerelateerde aandoeningen

In de discussie over het grensvlak tussen arbozorg en reguliere gezondheidszorg is geconstateerd dat de kennis en de expertise die de reguliere somatische en geestelijke gezondheidszorg heeft van de behandeling van mensen met arbeidsrelevante gezondheidsklachten, nog tekortschiet. In aanvulling op de vier Nederlandse kenniscentra voor arbeidsgerelateerde aandoeningen, richten we daarom in zestien regio's regionale samenwerkingsverbanden en expertisecentra op. De regionale expertisecentra en samenwerkingsverbanden fungeren als schakel tussen de vier Nederlandse kenniscentra en de beroepsbeoefenaren (huisarts, bedrijfsarts en anderen). De infrastructurele investering in de ontwikkeling en verspreiding van kennis over arbeidsrelevante aandoeningen en in de versterking van de samenwerking en communicatie tussen diverse medische beroepsbeoefenaren moet bijdragen aan een doelmatige en doeltreffende behandeling.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Subsidiëring.* Subsidiëren van maximaal zestien regionale expertisecentra en samenwerkingsverbanden. Naar verwachting zullen er eind 2001 11 of 12 starten.
- b. *Platform Aanpak Wachtlijden.* Aan Zorgonderzoek Nederland (ZON) is opdracht verleend een programmavoorstel te ontwikkelen voor de implementatie van het advies van het Platform Aanpak Wachtlijden. Het programma is door ons en onze collega's van Sociale Zaken en Werkgelegenheid goedgekeurd voor een periode van vier jaar. In 2001 begint de startfase en de operationaliseringsfase van het programmavoorstel «Betere zorg, tevreden patiënten» die doorloopt tot in 2002. Medio 2002 wordt een tussenevaluatie uitgevoerd en medio 2004 vindt de eindevaluatie plaats. In de evaluatie staan de volgende punten centraal: de feitelijke verbetering van de toerusting van de eerstelijns-hulpverleners en ongewenste neveneffecten (voorkeursbehandeling).

2.2.8 Het bevorderen van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening

Door kostenbeheersingsmaatregelen waarborgen we zo veel mogelijk de doelmatigheid en toegankelijkheid van de geneesmiddelenvoorziening. Door de totale kosten van de voorziening te beheersen, blijven geneesmiddelen immers (ook op lange termijn) betaalbaar. Zoals door de commissie-Koopmans is geconstateerd, zouden de kosten van de geneesmiddelenvoorziening zonder aanvullende beleidsmaatregelen onaanvaardbaar blijven stijgen. Hierbij gaat het zowel om prijs en vergoeding per product en tarieven voor de apothekhouders als om de omvang van de consumptie.

Het begrotingsgefinancierde geneesmiddelenbeleid is met name voorwaardenscheppend voor de farmaceutische zorg. Omdat het beleid voor het overgrote deel premiegefinancierd is, verwijzen we voor een totaalbeeld van de ontwikkelingen en maatregelen op het terrein van de farmaceutische hulp en lichaamsmateriaal naar de Zorgnota.

Verder streven we naar de ontwikkeling van een geneesmiddel op basis van medicinale cannabis. Voor de coördinatie en de stimulering van onderzoeksprojecten, alsmede de toevoer van cannabis van medicinale kwaliteit voor deze onderzoeken is per 1 januari 2001 een zogenoemd «national agency» in de zin van het Enkelvoudig verdrag inzake verdoevende middelen bij de Verenigde Naties aangemeld. Deze «agency» geeft vergunningen af voor de teelt van cannabis, is monopolist in import, export en groothandel daarvan en koopt alle oogst op van de telers. Vorig jaar is daartoe het organisatieonderdeel Bureau voor Medicinale Cannabis van start gegaan. Dit bureau maakt deel uit van de directie Geneesmiddelen en Medische Technologie van ons departement. De uiteindelijke totstandkoming van een geneesmiddel zal enkele jaren vergen. Er is immers nog geen harde wetenschappelijke basis voor de werkzaamheid van cannabis bij AIDS, MS en kanker. Omdat veel patiënten die aan deze ziekten lijden baat zeggen te hebben bij cannabisgebruik, zullen we bezien hoe tot die tijd het verkrijgen van medicinale cannabis voor patiënten kan worden versoepeld. De Canadese overheid is onlangs als eerste hiertoe overgegaan.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

a. Wetgeving.

- Op grond van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) stellen we voor bepaalde geneesmiddelen(groepen) halfjaarlijks maximumprijzen vast.
- Het aanpassen van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening aan huidige inzichten met betrekking tot de kwaliteit van de wetgeving en de inrichting van bestuursorganen. Ook zullen de hoofdlijnen van de Europese geneesmiddelenrichtlijnen in de wet worden opgenomen. De nieuwe wet regelt de fabricage, handel en distributie van de geneesmiddelen. De inwerkingtreding is voorzien in 2002.

b. Kostenbeheersing.

- Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) draagt bij aan de bevordering van kostenbeheersing, omdat het voor een groot aantal geneesmiddelen een maximum stelt aan de vergoeding door de verzekeraar. Indirect heeft het ook een effect op de prijsstelling, aangezien de meeste fabrikanten ervoor kiezen een vergoedingslimiet te stellen aan de prijs van het geneesmiddel, om zodoende bijbetalingen voor de patiënt te voorkomen.
- Prijs- en tariefmaatregelen en de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen bevorderen de kostenbeheersing. Deze maatregelen worden bereikt met de WGP, het GVS en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Deels wordt dit uitgevoerd door ons en deels door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De effectiviteit van de maatregelen evalueren we jaarlijks in de Zorgnota. Voor een overzicht verwijzen we naar de Zorgnota.

c. Subsidiëring. Er worden subsidies verstrekt voor:

- De stichtingen Geneesmiddelenbulletin (GeBu), de Stichting Doelmatige geneesmiddelenvoorziening (DGV) en onderzoek naar weesgeneesmiddelen. Hierbij staat een juist en veilig gebruik van geneesmiddelen voorop. De stichting GeBu publiceert periodiek een tijdschrift met informatie over werkzaamheid van geneesmiddelen. Hierdoor kunnen voorschrijvers een betere afweging maken bij het «zinnig en zuinig» voorschrijven. De stichting DGV houdt bijvoorbeeld het farmacotherapie overleg (FTO) in stand en zal in 2002 haar activiteiten evalueren.
- Onderzoek naar medicinale cannabis.

d. Informatiesysteem. Bij het beleid voor het bevorderen van de kwaliteit,

toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening, alsmede de kostenbeheersing, maken we ter ondersteuning gebruik van de informatie uit de database van de stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Dit informatiesysteem bevat gegevens van apothekers over afgeleverde geneesmiddelen, die de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van Pharmacie (KNMP) gebruikt voor het te voeren kostenbeleid.

- e. *Stimuleren van zorgverzekeraars.* Het stimuleren van zorgverzekeraars om hun rol, zoals beschreven in het Kabinetsstandpunt op de rapporten van de commissie De Vries en de MDW werkgroep geneesmiddelen d.d. 17 april 2000, in te vullen.
- f. *College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.* Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), een zelfstandig bestuursorgaan, draagt actief bij aan het goed en veilig gebruik van geneesmiddelen in Nederland. De taken bestaan uit het beoordelen, registreren en bewaken van geneesmiddelen. Het College moet geneesmiddelen beoordelen op louter wetenschappelijke gronden, zonder rekening te houden met politieke, economische en budgettaire overwegingen. Bij het beoordelen staan de werkzaamheid van het geneesmiddel en de mogelijke schade voor de gezondheid van de gebruiker centraal. Nadat geneesmiddelen toegelaten zijn, toetst het College de actualiteit van de patiëntenbijsluiter en de productinformatie. Het agentschap CBG (ACBG) ondersteunt de taken van het CBG. Het ACBG is de uitvoeringsorganisatie van het College. De werkzaamheden van het ACBG lichten we toe in de paragraaf over de baten-lastendiensten.

2.2.9 Gewaarborgde kwaliteit en veiligheid, en doelmatig gebruik van lichaamsmateriaal

Producten met menselijke lichaamsmaterialen (zoals bloed, weefsels en organen) en medische hulpmiddelen vormen steeds meer een onderdeel van onze huidige gezondheidszorg. Het gebruik van lichaamsmateriaal en medische hulpmiddelen brengt risico's met zich mee. Voor een eenduidig veilig, kwalitatief goed en verantwoord gebruik van lichaamsmateriaal en medische hulpmiddelen in de geneeskunde is regelgeving dan ook onontbeerlijk. Bijzondere aandacht vergt de toepassing van menselijke lichaamsmaterialen in de geneeskunde. Nulrisico is bij de toepassing van menselijke lichaamsmaterialen in de geneeskunde niet haalbaar. Het veiligheidsbeleid is er dan ook op gericht om te komen tot een aanvaardbaar risico, waarbij de voor- en nadelen van mogelijk te treffen veiligheidsmaatregelen tegen elkaar worden afgewogen (optimaal veiligheidsbeleid).

De organisatie van de Nederlandse bloedvoorziening is sinds 1 januari 1998 geregeld in de Wet inzake bloedvoorziening. Om de productveiligheid en toegankelijkheid van bloedproducten te kunnen blijven waarborgen, werd met de herstructurering de organisatie van de bloedvoorziening onder ministeriële verantwoordelijkheid geplaatst.

De productveiligheid van organen werd tot dusver geregeld in de Wet op de orgaandonatie. Weefsels die beschikbaar komen bij een operatie en vervolgens werden gebruikt voor een andere patiënt (het zogenoemde hergebruik) vielen echter niet binnen het bereik van deze wet. Om deze lacune in de regelgeving op te lossen is een wetsvoorstel opgesteld. Dit wetsvoorstel beoogt de veiligheid en kwaliteit van alle weefsels en organen (lichaamsmateriaal) van humane oorsprong te waarborgen met als uiteindelijk doel de ontvanger te beschermen tegen de overdracht van

besmettelijke ziekten en tegen kwalitatief slechte producten. Een van de pijlers van het wetsvoorstel zijn (inter)nationale normen.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

a. Wetgeving.

- De Wet inzake bloedvoorziening laten we in 2002 evalueren. Er zal onder andere onderzocht worden of de centrale aansturing heeft geleid tot harmonisatie van de productveiligheid en tot een betere logistiek en afstemming.
- Het wetsvoorstel kwaliteit en veiligheid lichaamsmateriaal wordt in het najaar van 2001 in de Tweede Kamer behandeld en zal naar verwachting in 2003 worden ingevoerd. Bij de inwerkingtreding van deze wet zal ook het Eisenbesluit lichaamsmaterialen in werking treden. Hiermee worden eisen gesteld aan orgaanbanken, orgaancentra en ziekenhuizen die handelingen met onbewerkte lichaamsmaterialen verrichten.

b. Subsidiëring. Er worden verschillende bijdragen verstrekt.

- Subsidies aan het Nederlands Normalisatie Instituut (NNI) en een bijdrage aan het RIVM voor normalisatie lichaamsmateriaal en medische hulpmiddelen voor bijvoorbeeld implantaten (mechanische hartkleppen). Door technologische innovatie komen er steeds meer medische hulpmiddelen en industriële middelen uit lichaamsmateriaal beschikbaar. Hiervoor zijn nog geen Europese en nationale normen.
- Diverse (project- en onderzoeks) subsidies gericht op kwaliteit en veiligheid van lichaamsmateriaal en medische hulpmiddelen.

2.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	189 308	271 526	225 223	214 429	216 013	214 273	213 499
<i>Waarvan garantieverplichtingen</i>	9 209	9 076	15 882	4 538	2 269		
Uitgaven (totaal)	151 604	253 256	210 727	206 000	214 856	213 499	213 499
Programma-uitgaven (totaal)	138 680	244 162	202 457	197 730	206 585	205 228	205 228
– Functioneren medisch tuchtrecht			1 658	1 658	1 658	1 658	1 658
– Opleidingen beroepsbeoefenaren			100 537	111 658	121 285	121 290	121 290
– Kwaliteit, doelmatigheid curatief somatische zorg			30 871	31 677	31 813	31 813	31 813
– Ethisch verantwoord handelen			7 910	7 253	7 253	7 253	7 253
– Onderzoek en deskundigheid in de zorg			16 761	16 761	16 761	16 761	16 761
– Spoedeisende medische hulp			13 613	11 344	10 436	9 529	9 529
– Arbeidsgerelateerde aandoeningen			6 343	4 413	4 414	3 960	3 960
– Kwaliteit en toegankelijkheid geneesmiddelen			15 335	5 806	5 806	5 806	5 806
– Kwaliteit/veiligheid gebruik lichaamsmaterialen			9 429	7 160	7 160	7 160	7 160
Apparaatsuitgaven	12 924	9 094	8 270	8 271	8 271	8 271	8 271
Ontvangsten	3 291	3 959	3 159	3 159	3 159	3 159	3 159

2.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	202 457	197 730	206 585	205 228	205 228
Juridisch verplicht in %	12,4	5,9	0,8	0,1	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	46,7	47,8	45,8	46,1	46,1

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats.

2.5 Groeiparaagraaf VBTB

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr.57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren.

Verder zullen wij in het kader van het project Modernisering Curatieve Zorg initiatieven van verzekeraars ondersteunen om de informatie inzichtelijk te maken over de prestaties, producten en kwaliteit van de curatieve zorg. Dergelijke informatie is in een vraaggestuurd model onontbeerlijk. Dit vindt plaats binnen het deelproject «transparant maken van de inkoopmarkt».

Initiatieven, zoals activiteiten op het gebied van standaardisatie en proefprojecten, om het gebruik van ICT-middelen in de zorg te bevorderen, faciliteren het streven om de kwaliteit en toegankelijkheid van beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren.

In onderstaande tabel is samenvattend weergegeven welke evaluaties op het terrein van de curatieve en somatische zorg zijn voorgenomen.

Tabel 6: voorgenomen evaluaties

Onderwerp	Geplande uitvoering
Tussenbalans van de voortgang projecten kenniscentra palliatieve zorg (COPZ).	Tweede helft 2001
Evaluatie naar de werking van het ERFO-centrum.	2002
De effecten van consultatie van een SCEN-arts worden meegenomen in het evaluatieonderzoek euthanasie.	De resultaten komen eind 2003 beschikbaar.
Evaluatie van de Wet op de orgaandonatie.	Rapport in najaar 2001
Tussenevaluatie van het programmavoorstel «Betere zorg, tevreden patiënten».	Medio 2002
Eindevaluatie van het programmavoorstel «Betere zorg, tevreden patiënten».	Medio 2004
Evaluatie van de activiteiten van de stichting DGV.	2002
Evaluatie van de Wet inzake bloedvoorziening.	2002
Evaluatie van het programma «Herijking Richtlijnen» en het ingezette beleid inzake MTA en doelmatigheid van zorg (vanaf 1997).	Eind 2001

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

BELEIDSARTIKEL 3: GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

3.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een toegankelijk, samenhangend en kwalitatief goed aanbod van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg dat aansluit bij de vraag.

De Nederlandse bevolking doet in toenemende mate beroep op begeleiding, behandeling of verzorging door instellingen in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (zie resp. Dossier GGZ, GGZ Nederland (2001); Nationale Drug Monitor 2000, Bureau NDM (2001); Monitor Maatschappelijke Opvang, Trimbos-instituut (2000)). We streven naar een vermindering van de psychosociale problematiek onder de bevolking in het algemeen en onder risicogroepen in het bijzonder.

Onze maatregelen zijn gericht op het voorkomen van problemen, een betere aansluiting van het voorzieningenaanbod bij de vraag en het ondersteunen van samenhangende interventies op het terrein van preventie, diagnostiek, behandeling, zorg en welzijn. Om deze doelstelling te bereiken worden naast verzekeringsgelden (m.n. AWBZ) ook begrotingsmiddelen ingezet.

Bij de geestelijke gezondheidszorg streven we ernaar dat cliënten passende hulp ontvangen, bij voorkeur in hun eigen leefomgeving. De Wet Bijzondere opnemingen (Bopz) in psychiatrische ziekenhuizen biedt de mogelijkheid om personen die vanwege hun psychiatrische stoornis gevaar veroorzaken voor zichzelf of hun omgeving, gedwongen op te nemen in een psychiatrische instelling. De Wet Bopz regelt tevens hun rechtspositionele en grondrechtelijke bescherming. Dit jaar is een wetswijziging van de Wet Bopz bij de Tweede Kamer ingediend die het mogelijk maakt patiënten met een psychiatrische stoornis te bewegen om buiten een intramurale setting, een noodzakelijke behandeling te ondergaan. Dit betreft de voorwaardelijke machtiging die tot doel heeft een gedwongen opname te voorkomen. Daarnaast is een wijziging van de Wet Bopz in voorbereiding waarbij het voor psychiatrische patiënten mogelijk wordt om een zelfbindingsverklaring op te stellen. Daarmee kunnen zij meer invloed uitoefenen op de mogelijkheden voor behandeling en opname.

De «vermaatschappelijking van de zorg» krijgt onder meer vorm door de versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg waardoor de toegankelijkheid van eerstelijnspsycholoog, maatschappelijk werk en huisarts toeneemt. We investeren in regionale plannen om de wachtlijstproblematiek aan te pakken en verbeteren de indicatiestelling in de geestelijke gezondheidszorg, inclusief de verslavingszorg. Om de vraag naar zorg doelmatiger te beantwoorden, bevorderen we de samenhang en samenwerking tussen de verschillende hulpverleners en instellingen. Ook verbeteren we de randvoorwaarden in de structuur en organisatie van het zorgstelsel door te investeren in uitbreiding van de opleidingscapaciteit, in het verhelderen van de beroepenstructuur, in informatievoorziening en in het kennis- en kwaliteitsbeleid. We dragen bij aan de preventie van en het onderzoek naar psychische arbeidsongeschiktheid om de WAO-instroom te verminderen.

Bij de verslavingszorg zetten we extra middelen in op de ambulante alcoholzorg. We continueren de ondersteuning aan landelijke, schoolgerichte alcohol- en drugspreventie en algemene mediale campagnes, alsmede aan het preventiewerk van de instellingen voor verslavingszorg.

Bij de maatschappelijke opvang streven we naar een vergroting van de slagkracht van lagere overheden die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van bijzondere groepen zoals vrouwen, geweldsslachtoffers en dak- en thuislozen. De capaciteit van het maatschappelijk werk breiden we uit en de 24-uursopvang en de opvang van zwerfjongeren zullen we versterken. Bovendien versterken we de laagdrempelige eerstelijnsvoorzieningen.

In de sector Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang worden verschillende intensiveringen via de begroting bekostigd. Een aantal intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting 2001 is besloten wordt hier kort toegelicht.

Het kabinet stelt vanaf het jaar 2002 structureel € 4,5 mln. extra beschikbaar voor maatschappelijke opvang, met als doel dat instellingen en gemeenten beleid kunnen voeren ter verlichting van de werkdruk en vergroting van de veiligheid. Daarnaast wordt hangende de beslissing over de heroïnebehandeling in de loop van 2002 op basis van de onderzoeksresultaten de financiering van de voorzieningen van het heroïne-experiment voortgezet voor de jaren 2002 en 2003; hiervoor wordt in deze jaren € 4,6 mln. beschikbaar gesteld voor de zes bestaande behandelunits.

Voor de verdere verbetering van de indicatiestelling en herindicaties van langdurig zorgafhankelijken is bij Voorjaarsnota een bedrag van € 2,3 mln. beschikbaar gesteld voor het jaar 2001. In 2002 zal daarvoor € 2,7 mln. worden ingezet, in 2003 € 5,0 mln. en de jaren daarna structureel € 8,6 mln.

Eveneens bij Voorjaarsnota is in het kader van de versterking van de eerstelijns-GGZ vanaf 2001 € 2,7 mln. beschikbaar voor het Diabolo-project.

Voor de bestrijding van XTC-gebruik worden vanaf 2001 middelen vrijgemaakt. In 2002 is hiervoor € 1,4 mln. beschikbaar en tot en met 2004 € 1,1 mln. op jaarbasis. In 2001 is incidenteel € 1,8 mln. beschikbaar voor het verbeteren van de infrastructuur op het gebied van de informatievoorziening in de GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang en voor het bevorderen van de kwaliteit van de elektronische patiëntendossiers en daarmee samenhangende activiteiten en producten. In het kader van benchmarking in de GGZ wordt in 2001 € 0,2 mln. beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling van kengetallen. Voor uniforme wachtlijsten en gegevensregistratie door psychotherapeuten is in 2001 € 0,9 mln. beschikbaar. Voor monitoring en kwaliteitsverbetering van forensische zorg is € 0,3 mln. beschikbaar vanaf 2001.

Voor dak- en thuislozen is naar aanleiding van de motie Dijkstal vanaf 2001 structureel € 6,8 mln. extra ingezet voor de versterking van de 24-uursopvang en de opvang van zwerfjongeren.

Relatie met de Welzijnsnota

De middelen die worden ingezet voor het verwezenlijken van de doelstellingen van de Welzijnsnota zijn in de verschillende operationele doelstellingen van dit beleidsartikel verwerkt. Bij beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staat wat de verschillende beleidsartikelen bijdragen aan de programma's van de Welzijnsnota.

Relatie met de Zorgnota

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is gerelateerd aan de middelen die de premiesector beschikbaar stelt voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Begrotings- en premiemiddelen vullen elkaar aan. Ook op een andere manier hebben ze met elkaar te maken: in de relatie tussen de prestaties die worden geleverd met de inzet van begrotingsmiddelen en de effecten daarvan voor of in de premiesector. In de beleidsbegroting beperkt de toelichting zich in principe tot een toelichting op de resultaten van de inzet van begrotingsmiddelen.

Ter illustratie staan in onderstaande tabel de totale budgetten die onder bovengenoemde sectoren vallen. De budgetten uit de premiesector worden in de Zorgnota nader toegelicht en onderbouwd.

bedragen x € 1mln

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven beleidsartikel 3	262,5	275,5	274,8	262,7	262,8	262,8
Sector Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. (totaal)*	3 225,0	3 313,6	3 404,4	3 428,1	3 439,2	3 439,3

* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2002 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

3.2 Operationele beleidsdoelstellingen

3.2.1 Het versterken van ambulante en residentiële hulp in de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg

Op basis van de Welzijnswet verstrekken we specifieke uitkeringen aan centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg. Binnen hun verzorgingsgebied ontwikkelen zij daarmee beleid om deze doelstelling te realiseren. De specifieke uitkering voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid is bedoeld voor activiteiten als het bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die, al dan niet gedwongen, hun thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Daarnaast wordt de ambulante verslavingshulpverlening en -preventie hieruit gefinancierd, inclusief activiteiten van overlastbestrijding. Het kabinet stelt structureel € 4,5 mln. extra beschikbaar voor de maatschappelijke opvang met als doel dat instellingen en gemeenten beleid kunnen voeren om de werkdruk te verlagen en de veiligheid te vergroten. Met de VNG en FO zullen we afspraken maken over een doelgerichte inzet en de wijze van monitoring. Naar aanleiding van de motie Dijkstal (TK 2000–2001, 27 734, nr. 11) is er vanaf 2001 structureel € 6,8 mln. extra beschikbaar gesteld voor met name het versterken van de 24-uursopvang en voor de opvang van zwerfjongeren. De specifieke uitkering voor vrouwenopvang is bedoeld voor activiteiten als het bieden van onderdak en begeleiding aan vrouwen die, al dan niet gedwongen, hun thuissituatie hebben verlaten in verband met problemen van relationele aard of geweld.

Wij zijn verantwoordelijk voor toereikende en zorgvuldige verdeling van Specifieke Uitkeringen. De centrumgemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoerende werk (Welzijnswet 1994 art. 4). Gemeenten moeten

voldoen aan de verantwoordingsplicht. Wij hebben een voorwaarden-scheppende rol bij het verwezenlijken van het instrumentarium voor het meten van de maatschappelijke effecten. Hiervoor bestaat de Nationale Drug Monitor, de Monitor Maatschappelijke Opvang en werken we aan de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

a. *Specifieke uitkeringen.*

- Specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid.
- Specifieke uitkering vrouwenopvang.

b. *Wetgeving.* Wijziging van art. 10a, Welzijnswet 1994. Wij hebben een wetsvoorstel ingediend dat voorziet in een wettelijke verplichting voor gemeenten om inzicht te geven in het beleid inzake het uitvoerend werk. In de Ministeriële Regeling die op basis van deze wijziging zal worden opgesteld, wordt aangegeven welke beleids- en output-gegevens de gemeenten (en de door hen gesubsidieerde instellingen) moeten leveren in verband met de specifieke uitkeringen.

3.2.2 Het versterken van het aanbod van voorzieningen voor vrouwenhulpverlening, geboorteregeling, integratie, slachtofferhulp en categoriale maatschappelijke hulpverlening

De eerstelijnszorg is een basisvoorziening die onder meer hulp, zorg en voorlichting biedt aan bijzondere doelgroepen zoals vrouwen, geweld- of verkeersslachtoffers. Wij willen een versterking en verbetering van dit aanbod bereiken en daarom stellen we landelijke instellingen op deze terreinen in staat hun cliënten hulp, ondersteuning en instrumenten voor zelfontplooiing te bieden. Onze verantwoordelijkheid strekt zich uit tot een zorgvuldige subsidietoekenning voor dit stelsel van voorzieningen.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidie voor:

- Instanties op het gebied van kwaliteitsverbetering en de uitvoering van vrouwenhulpverlening en geboorteregeling (waaronder Federatie Vrouwenzelfhulporganisaties; Rutgersstichting; Transact). Evaluatie van de nieuwe Rutgersstichting NISSO groep vindt plaats in 2002.
- Instanties op het gebied van categoriaal maatschappelijk werk, geestelijke ondersteuning en maatschappelijke integratie van bijzondere doelgroepen en slachtofferhulp (waaronder Landelijk Bureau Slachtofferhulp).

3.2.3 Het verkrijgen van betrouwbaar landelijk overzicht van de maatschappelijke en geestelijke gezondheidsproblematiek in relatie tot het gevoerde gemeentelijke beleid en de geboden hulp

Betrouwbare kennis en informatie onderbouwt rationele beslissingen van overheidsdiensten en uitvoerende instellingen en maakt beleidsverantwoording beter mogelijk. De Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) gaat landelijke en systematische gegevens verzamelen over vraag, aanbod en beleid in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang. Naast en in samenwerking met de andere monitoren ontstaat een betrouwbaar totaalbeeld van de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg. Wij zien de MMO als een van de speerpunten van

beleidsverantwoording die binnen enkele jaren moet zijn geconsolideerd. De resultaten van de MMO worden gepresenteerd in een jaarlijkse rapportage van kerngegevens van de maatschappelijke opvang en in een beknopte evaluatie. Tweejaarlijks vindt een themarapportage plaats en een rapportage over gemeentelijk beleid. In 2005 wordt de totale monitor geëvalueerd en zal de beleidsinformatie op deze terreinen aanzienlijk zijn verbeterd.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Financiering. Financiering van de ontwikkeling van MMO en toeleverende gegevensbronnen.

3.2.4 Financiële compensatie van zorgverleners die medisch noodzakelijke zorg bieden aan illegale vreemdelingen

Vreemdelingen zonder wettige verblijfstitel hebben geen rechtmatige toegang tot de zorg (ZFW, AWBZ en WTZ). Bovendien zijn zij vaak onverzekerd of beschikken over onvoldoende financiële middelen. Om te zorgen dat basale medische voorzieningen voor deze mensen toegankelijk zijn, kunnen reguliere zorgverleners om vergoeding verzoeken wanneer sprake is van benadeling of onredelijk verlies van inkomsten. Deze kosten worden via het Koppelingsfonds gefinancierd.

De doeltreffendheid van de Regeling Koppeling is moeilijk vast te stellen doordat illegalen in principe de ontvangen medische zorg zelf moeten betalen en dat ook vaak doen. Artsen gaan ook lang niet altijd over tot het aanvragen van financiële compensatie. Het beroep dat huisartsen op de regeling doen, loopt zelfs iets terug. Onze verantwoordelijkheid strekt zich uit tot het kenbaar maken van het bestaan van de regeling onder zorgaanbieders, en het garanderen van een zorgvuldige procedure bij het toekennen van de gelden aan en door de stichting Koppeling.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Financiering. Het beschikbaar stellen van financiële middelen aan de stichting Koppeling.

3.2.5 Het verminderen en voorkómen van psychosociale en psychiatrische problematiek onder de bevolking

Psychosociale en psychiatrische problematiek vormen een dringend probleem met gevolgen op verschillende levensdomeinen. In afstemming met onder meer de eerstelijnszorg en Arbozorg dienen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg goede en doelmatige hulp te verlenen aan burgers met geestelijke problemen om (de gevolgen van) deze problemen effectief terug te dringen of te voorkomen. Ook de preventie van psychische arbeidsongeschiktheid is daarbij van belang. Bovendien is het nodig dat wetenschappelijke kennis en informatie beschikbaar komt en beter toegankelijk wordt gemaakt. Met ingang van 2001 stellen we structureel extra middelen beschikbaar voor de invoering en verbetering van de indicatiestelling in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.

We zijn verantwoordelijk voor het in standhouden van het systeem van GGZ-voorzieningen en een nauwkeurige toekenning van financiële middelen. We voorzien in de behoefte aan wetenschappelijke kennis en

informatie door de Nationale Monitor Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg (NMG) en het landelijk netwerk van het Regionaal Informatiesysteem Patiëntengegevens GGZ (RIPAG).

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidies worden verstrekt ten behoeve van:

- Hulp- en zorgverlening eerstelijns GGZ-instellingen. Het Nederlands Instituut voor Eerstelijnsonderzoek (NIVEL) evalueert de versterking van de eerstelijns-GGZ. In maart 2002 en 2003 verschijnen er tussen-rapportages, het eindrapport verschijnt in 2004.
- Ontwikkeling kenniscentra (in 2001/2002: Interculturalisatie, Ouderpsychiatrie en Kinder- en jeugdpsychiatrie) voor expertise en onderzoek naar preventie, diagnostiek en behandeling van geestelijke stoornissen.
- Het landelijk kennisinstituut voor de Geestelijke gezondheid en Verslavingszorg, het Trimbos-instituut, voor onderzoek naar kwaliteitsverbetering, kennisproductie, kennisveredeling en toepassing van «evidence based» methoden in preventie en zorg.
- Initiatieven ter verbetering van de infrastructurele en organisatorische samenhang en samenwerking binnen de GGZ, waaronder preventie psychische arbeidsongeschiktheid (commissie-Donner I), wachtlijst-reductie, organisatieonderzoek, Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ), en van de implementatie van projecten voor kwaliteits- en doelmatigheidsbevordering van het werk (waaronder certificering, richtlijnontwikkeling en toetsing in de GGZ, doelmatigheidsonderzoek, psychofarmaceutische zorg, psychosociale hulpverlening bij rampen, interculturalisatie van de zorg).
- Ontwikkeling van registratie- en monitoringinstrumenten (waaronder RIPAG, de Nationale Monitor Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg (NMG) en ontwikkeling en consolidatie van toeleverende gegevensbronnen zoals de wachtlijstregistratie.
- Projecten om de belangenbehartiging van bepaalde groepen patiënten/cliënten te versterken.
- De landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid die eind 2001 advies uitbrengt over verbetering van de geestelijke volksgezondheid en de inbreng van maatschappelijke organisaties en de overheid daarbij.

3.2.6. Het verminderen en voorkomen van problemen door het gebruik van alcohol, drugs en geneesmiddelen, en door deelname aan kansspelen. Consolidatie van hoogwaardige informatievoorziening voor nationale en internationale doeleinden

Door het gebruik van psychoactieve middelen zoals alcohol en (il)legale drugs kunnen ernstige afhankelijkheids- of verslavingsproblemen ontstaan. Ook het gebruik van geneesmiddelen en het deelnemen aan kansspelen kan tot afhankelijkheid leiden. Wij bevorderen de preventie van deze problematiek. Daarnaast richt ons beleid zich op het instandhouden en verbeteren van het aanbod van voorzieningen in de verslavingszorg. Belangrijk bij deze doelstelling is het stimuleren van de maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen, zoals minderheden. Omdat betrouwbare kennis en informatie rationele beslissingen onderbouwt, richt het beleid zich tevens op de uitbreiding van wetenschappelijk onderzoek en gegevensverzameling (met name monitoring, analyse en informatievoorziening). Bovendien willen we de Nederlandse positie in

het internationale drugsbeleid versterken door investering in het informatie- en communicatiebeleid van internationale organisaties.

Om de groep probleemdrinkers beter te bereiken, is het Actieplan Alcoholzorg (2001) opgesteld in overleg met brancheorganisatie GGZ Nederland. Het beoogt een vergroting van het bereik onder de groep problematische drinkers (en hun kinderen) van 45% in 2004.

Onze verantwoordelijkheid richt zich vooral op een zorgvuldige toekenning van subsidies, op toezicht op de resultaten daarvan, en op aansturing van de (communicatie)processen die leiden tot realisatie van deze doelstelling. Wetenschappelijk inzicht, zoals resultaten van vernieuwende interventies zal relevante beleidsinformatie opleveren en het zorgproces verbeteren. In dit licht wordt de subsidiëring van de voorzieningen nodig voor de uitvoering van het Onderzoek Heroïne op Medisch Voorschrift (het heroïne-experiment) op het niveau van de behandel eenheden in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Groningen en Heerlen ook in 2002 voortgezet.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidies worden verstrekt ten behoeve van:

- Activiteiten gericht op voorlichting over en preventie van problematisch middelengebruik.
- Instanties gericht op hulpverlening en maatschappelijke integratie (zoals overlastbestrijding) van problematische gebruikers van psychoactieve middelen.
- Het landelijk kennisinstituut en projectsubsiëring van onder meer vakinstellingen.
- Wetenschappelijk onderzoek naar de uitbreiding van behandelingsmogelijkheden van verslaafden (zoals hoge doses methadon, detoxificatie onder narcose, heroïne op medisch voorschrift), en van onderzoek naar middelen(gebruik), de gevolgen ervan, preventie, zorg en rehabilitatie voor problematische gebruikers en verslaafden.
- Het programma Resultaten Scoren gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de functies van de verslavingszorginstellingen, en het project Verslavingszorg Herijkt dat beoogt de regionale samenhang en samenwerking te verbeteren tussen de instanties die betrokken zijn bij het verslavingsbeleid.
- Bijzondere ondersteuningsorganisaties en belangenvertegenwoordigers (zoals Tjandu, Mainline) in de verslavingszorg.
- Projecten ter bevordering van internationale samenwerking.
- Activiteiten voor het Actieplan Alcoholzorg.
- De Nationale Drug Monitor en het (mee)financieren van permanente, periodieke en incidentele gegevensstromen op het gebied van drugs, alcohol, andere riskante genotmiddelen, verslaving en hulpverlening.
- Voorlichting en communicatie over drugs- en verslavingsaangelegenheden vanuit Nederlands perspectief voor internationale doeleinden.

3.2.7 Het uitbreiden en verbeteren van het aanbod van algemeen maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) is een eerstelijnsvoorziening voor mensen die in psychosociaal opzicht weinig zelfredzaam zijn. Als een soort «huisarts» bij materiële (huisvesting, arbeid/inkomen, schulden) en immateriële (eenzaamheid, lage assertiviteit) problematiek biedt het onder meer informatie en advies, begeleiding en behandeling, ondersteuning en

dienstverlening. Het AMW kent tevens meer specifieke publieksgerichte voorzieningen voor onder andere scholen, gezondheidscentra, buurten, ziekenhuizen en jeugdzorg.

Wij stellen centrumgemeenten in staat het AMW te stimuleren zodat meer mensen gebruik maken van het laagdrempelige, kortdurende en brede hulpverleningsaanbod. Daarvoor breiden we de capaciteit van het algemeen maatschappelijk werk uit tot de door ons gewenste kwaliteitsnorm van 1 fte uitvoerend maatschappelijk werker per 6000 inwoners. Deze inhaalslag komt neer op een realisatie van 369 fte eind 2003. De hiervoor benodigde middelen zijn beschikbaar gesteld bij motie Melkert (APB, 1999). Tijdens en na afloop van deze stimuleringsperiode wordt de ontwikkeling gevolgd en geëvalueerd in samenwerking met de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten. Er zullen drie regionale experimenten starten om de toegankelijkheid tot de eerstelijnspsycholoog te vergroten. Vervolgens wordt bekeken in hoeverre dit leidt tot een beter inzicht in de latente vraag, tot terugdringing van de toestroom naar de tweede lijn en wordt gekeken naar de budgettaire gevolgen die dit met zich meebrengt.

Onze verantwoordelijkheid strekt zich uit tot een zorgvuldige subsidie-toekenning om deze voorzieningen in stand te houden, en tot een adequate rapportage. Over de maatschappelijke effecten zijn landelijke gegevens vooralsnog spaarzaam.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Financiering. Financiële ondersteuning van centrumgemeenten om het AMW te versterken.

3.2.8 Het versterken van landelijke instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang

Verscheidene landelijk werkende instellingen bieden maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Hun doelgroepen kampen met ernstige, vaak seksespecifieke problemen, dak- en thuisloosheid, (seksuele) mishandeling of ongewenste zwangerschap. Wij ondersteunen en verbeteren de werkzaamheden van deze instellingen. Om het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek en ontwikkelingsactiviteiten op te heffen, investeren we in onderzoek naar maatschappelijke opvang en vrouwenhulpverlening.

Onze verantwoordelijkheid ligt in een zorgvuldige toekenning van subsidies en adequate rapportages, een goede communicatiestructuur voor de maatschappelijke opvang en voldoende capaciteit voor de landelijke voorzieningen voor maatschappelijke opvang.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidies aan:

- Instanties gericht op vrouwenhulpverlening en geboorteregeling (zoals zwangerschapsbegeleiding, vrouwenopvang, hulpverlening bij prostitutie, afstand doen, adoptie en zoekacties, seksueel en relationeel geweld, begeleiding slachtoffers vrouwenhandel en vrouwenbesnijdenis, en ouderschap).
- Instanties gericht op maatschappelijke opvang (zoals de koepelorganisatie van de maatschappelijke opvang (Federatie Opvang) en het Gestructureerd Overleg Maatschappelijke Opvang (GOMO)).
- Instanties gericht op wetenschappelijk onderzoek en ontwikkelingsactiviteiten in maatschappelijke opvang en vrouwenhulpverlening

(zoals het registratiesysteem in opbouw voor de maatschappelijke opvang en de Taskforce Vermaatschappelijking).

- Diverse instellingen en projecten gericht op bijzondere problematiek (zoals de stichting Korrelatie, joods Maatschappelijk Werk, gereformeerde maatschappelijke dienstverlening, Moluks Diakonaal Maatschappelijk Werk, Federatie SOS telefonische hulpdiensten) en op participatie van betrokken partijen in het beleid (thuislozen, prostituties, slachtoffers vrouwenhandel en vrouwenbesnijdenis, slachtofferhulp en Indische Nederlanders).

3.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	299 737	263 525	255 231	260 779	263 642	265 395	265 395
Uitgaven (totaal)	234 823	265 398	278 776	277 360	265 300	265 395	265 395
Programma-uitgaven (totaal)	232 035	262 447	275 519	274 784	262 724	262 819	262 819
– Doeluitkeringen mo, vo en vz			194 484	194 484	194 483	194 483	194 483
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			194 484	194 484	194 483	194 483	194 483
– Landelijke instellingen mo en vo			7 083	7 083	7 173	7 172	7 172
– Inzicht maatschappelijke problematiek irt beleid			188	188	188	188	188
– Toegankelijkheid gezondheidszorg voor illegalen			3 630	3 630	3 630	3 630	3 630
– Bevorderen geestelijke gezondheidszorg			21 957	21 257	25 533	25 533	25 533
– Hulpverlening nav gebruik verslavende stoffen			28 115	28 099	23 583	23 689	23 689
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			4 629	4 629			
– Vergroten aanbod Algemeen maatschappelijk werk			11 465	11 465	0	0	0
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			11 465	11 465			
– Landelijke instanties doelgroepen			8 598	8 579	8 132	8 124	8 124
Apparaatsuitgaven	2 788	2 952	3 257	2 576	2 576	2 576	2 576
Ontvangsten	1 862	1 850	1 588	1 588	1 588	1 588	1 588

3.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	275 519	274 784	262 724	262 819	262 819
Juridisch verplicht in %	9,2	6,5	0,6	0,0	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	74,3	74,5	77,9	77,9	77,9

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan

de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats.

3.5 Groeiparaagraaf VBTB

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr.57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren. Het brancherapport GGZ bevat gegevens en kengetallen over de GGZ (zoals aantal formatieplaatsen, aantal voorzieningen) en zal naar verwachting elk jaar worden herhaald. De gegevens uit het brancherapport kunnen voor het departement aanleiding zijn om overleg te voeren met gemeenten, provincies en instellingen over het leggen van accenten in het gevoerde beleid.

Een ander initiatief voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed is vergroting van het draagvlak voor verantwoording bij de veldpartijen. Dit gebeurt door aanvulling van subsidievoorwaarden en het committeren van subsidieontvangers aan de VBTB-systematiek.

De doelstellingen, instrumenten en middelen zullen in hun onderlinge verhouding nader worden gepreciseerd in 2002. Ook aan de benodigde prestatiegegevens besteden wij het komende begrotingsjaar aandacht. Dit gebeurt enerzijds door ontwikkeling en gebruik van monitoringsinstrumenten. Deze voorzien niet alleen in de noodzakelijke gegevens, maar maken het ook mogelijk om longitudinale vergelijkingen te doen. Zo worden in 2002 gegevens verzameld die in dat jaar leiden tot publicatie van het vierde Jaarbericht Nationale Drug Monitor en van enkele Signalementen (korte beschrijvingen van de stand van zaken op een bepaald terrein). Voor de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang wordt in 2002 de publicatie van het derde Jaarbericht Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) uitgebracht. De MMO zal in 2002 naast jaarlijkse informatie over vraag en aanbod in de sector ook (tweejaarlijkse) informatie over gemeentebestuur bevatten. Verder wordt de organisatie van de monitor geconsolideerd, de wet- en regelgeving krachtens de Welzijnswet 1994 afgerond en in uitvoering genomen en de registratie maatschappelijke opvang en andere gegevensbronnen verbeterd. Voor de geestelijke (volks)gezondheid wordt de Nationale Monitor Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg (NMG) voorbereid. In 2002 worden organisatorische, logistieke en procesmatige activiteiten ontplooid die leiden tot de opbouw van het Bureau NMG en een aantal kennisproducten waaronder de publicatie van het eerste Jaarbericht NMG.

Om anderzijds in het ontbreken van gegevens te voorzien, investeren we in primair onderzoek, zoals de heropstart van het bevolkingsonderzoek NeMeSIS, Netherlands Mental Health and Incidence Study. Daarnaast investeren we in de verbetering van registraties in zorg- en hulpverlening, waaronder het Regionaal Informatiesysteem Patiëntengegevens GGZ

(RIPAG), het Zorg Informatie Systeem (ZORGIS), de registratie maatschappelijke opvang en de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR).

Voor de AWBZ-sectoren is met name de AWBZ-brede zorgregistratie van belang. De invoering van deze registratie zal leiden tot een doelmatige gegevensuitwisseling in de zorgketen en vergroot het inzicht in de vraag naar zorg en de mate waarin het aanbod daarin kan voorzien.

Ook andere initiatieven om het gebruik van ICT-middelen in de zorg te bevorderen, faciliteren het streven om de kwaliteit en toegankelijkheid van beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren.

In onderstaande tabel is samenvattend weergegeven welke evaluaties op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang zijn voorgenomen.

Tabel 1: voorgenomen evaluaties	
<i>Onderwerp</i>	<i>Geplande uitvoering</i>
Evaluatie van de nieuwe Rutgersstichting NISSO groep.	2002
Evaluatie van de Monitor Maatschappelijke Opvang.	2005
Evaluatie van de versterking van de eerstelijns-GGZ door het Nederlands Instituut voor Eerstelijns-onderzoek.	Tussenrapportages in 2002 en 2003 en eindrapportage in 2004.
Evaluatie van de uitbreiding van de capaciteit van het algemeen maatschappelijk werk, in samenwerking met de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten.	Eind 2003 en tussentijds

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

BELEIDSARTIKEL 4: GEHANDICAPTENZORG EN HULPMIDDELEN- BELEID

4.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een kwalitatief hoogwaardige en doelmatige ondersteuning en begeleiding van gehandicapten, gericht op volwaardige participatie van gehandicapten in de samenleving.

Een doelmatige inrichting van de hulpmiddelenvoorziening die voor iedere burger toegankelijk is, zodat de gezondheid en zelfstandigheid van burgers en hun participatie in de samenleving worden bevorderd.

Uitgangspunt van het beleid is dat gehandicapten volwaardig moeten kunnen deelnemen aan de samenleving. Daarom creëert de overheid hiervoor de voorwaarden. Het wetsvoorstel «Gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte» hebben we voor advies aan de Raad van State gezonden. Doel van dit wetsvoorstel is discriminatie op grond van handicap of chronische ziekte tegen te gaan en gelijke behandeling te bevorderen.

Om volwaardige deelneming in de samenleving te bevorderen, richten we ons beleid op leven en wonen in de lokale samenleving. Persoonlijke vraaggerichte ondersteuning (via bijvoorbeeld zorgarrangementen op maat) is daarbij een belangrijk element. Dit vereist afstemming, zowel lokaal als nationaal, op het gebied van wonen, zorg, arbeid, inkomen, educatie en vrije tijd.

Uit onderzoek blijkt nadrukkelijk de waarde van internet voor gehandicapten. Om die reden hebben wij het project «Drempels Weg» in het leven geroepen. Dit project is bedoeld om obstakels in de toegankelijkheid van internet voor gehandicapten weg te nemen.

De wachtlijsten in de gehandicaptensector worden aangepakt door in te zetten op vraaggestuurde zorg. De zorgketen wordt daarvoor opnieuw ingericht, met de introductie van de nieuwe indicatiestelling en een nieuwe bekostigingssystematiek bij de instellingen.

De begrotingsuitgaven zijn gericht op directe en indirecte ondersteuning. Indirecte ondersteuning van de gehandicapten vindt plaats door de financiering van hun belangenorganisaties en van het gestructureerd overleg. Directe ondersteuning vindt plaats via projectsubsidies en pilotprojecten voor de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen. Naast begrotingsgeld wordt waar nodig ondersteuning of zorg gegeven op basis van de AWBZ. De aanpak van de wachtlijsten leidt bijvoorbeeld tot hogere uitgaven in de premie, die zijn opgenomen in de Zorgnota. We subsidiëren met begrotingsgeld onderzoek dat onder andere gericht is op verbetering van de doelmatigheid en de kwaliteit van de premiegefinancierde zorg. In de Zorgnota is voor verbetering van de kwaliteit van de zorg door een vraaggestuurde bekostiging, een bedrag van € 22,7 mln. uitgetrokken.

In de sector gehandicaptenzorg worden verschillende intensiveringen via de begroting bekostigd.

Een aantal belangrijke intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting 2001 is besloten wordt hier kort toegelicht.

Voor het project Drempels Weg, dat zich richt op het vergroten van de toegankelijkheid van internet voor gehandicapten, zijn bij Voorjaarsnota middelen beschikbaar gesteld op de begroting (€ 2,3 mln. in 2001 en € 1,7 mln. voor de jaren 2002 t/m 2004). Voor ICT projecten in de

gehandicaptenzorg is, naast bovengenoemde gelden, € 2,0 mln. beschikbaar gesteld voor het jaar 2001.

Voor expertisbevordering van de begeleiders van doof-blinden is € 1,1 mln. beschikbaar via de begroting. Deze middelen zijn onderdeel van de MJA-afpraak specifieke groepen, en zullen per 2001 beschikbaar zijn. Verschillende meerjarenafspraken voor het vergroten van de kwaliteit leiden tot extra uitgaven op de begroting. Hieronder vallen onder andere: medezeggenschapsraden (€ 0,5 mln.), begeleiders doof-blinden (€ 0,2 mln.), praktische huishulp (€ 0,5 mln.) en sociale hulphonden. De middelen voor sociale hulphonden (€ 1,4 mln.) zijn in het jaar 2001 via de begroting ingezet om te komen tot de Stichting Hulphond Nederland. In 2001 zijn de instructeurs opgeleid (begroting) en vanaf 2002 is er een CVZ-subsidieregeling beschikbaar voor het daadwerkelijk opleiden van honden (premie).

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen bevorderen de zelfredzaamheid van mensen met een beperking en maken het mogelijk te participeren in de samenleving. Omdat de doelgroep van het hulpmiddelenbeleid breder is dan die van het specifieke gehandicaptenbeleid, is de doelstelling afzonderlijk geformuleerd. Door de inzet van hulpmiddelen kunnen we opname in een verpleeg- of verzorgingshuis langer uitstellen of voorkomen. Ook wordt het vaak mogelijk patiënten na behandeling eerder uit het ziekenhuis te ontslaan. Om het beleid van extramuralisatie te ondersteunen, maar ook om de gevolgen van demografische en technologische ontwikkelingen op te vangen, is in het budgettaire kader (opgenomen in de Zorgnota) rekening gehouden met groei. In een convenant hebben we met Zorgverzekeraars Nederland afgesproken dat deze groei gepaard moet gaan met een zo doelmatig mogelijke uitvoering van de hulpmiddelenvoorziening die bovendien zo veel mogelijk aansluit bij de hulpvraag en individuele situatie van de verzekerde. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de risicodragende zorgverzekeraars. De begrotingsuitgaven zijn gericht op een doelmatige verstrekking van hulpmiddelen en een adequate informatievoorziening over de verstrekking van hulpmiddelen door financiering en subsidiëring van activiteiten, experimenten en onderzoek.

Voor de hulpmiddelen worden verschillende intensiveringen via de begroting bekostigd. Een aantal belangrijke intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting 2001 is besloten wordt hier kort toegelicht. Op het terrein van de hulpmiddelen is er een Convenant ZN inzake hulpmiddelen gesloten om de regierol van de zorgverzekeraars ten aanzien van de hulpmiddelenverstrekking te vergroten. Voor deze projecten is bij Voorjaarsnota in 2002 € 1,1 mln. extra beschikbaar gesteld. Daarnaast verloopt de subsidie voor het Hulpmiddelen Informatie Centrum (HIC) via de begroting (jaren 2001–2003). Doel van het HIC is om in samenwerking met de veldpartijen te komen tot een integraal informatiesysteem over de hulpmiddelen. Daarnaast is er ter bevordering van het beleid op het terrein van hulpmiddelen een ophoging van het beleidsbudget van € 0,5 mln. vanaf 2002.

Relatie met de Welzijnsnota

De middelen die op dit beleidsartikel worden ingezet om de doelstellingen van de Welzijnsnota te verwezenlijken, worden afzonderlijk toegelicht.

Relatie met de Zorgnota

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van de middelen die de premiesector beschikbaar stelt voor het gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid. Zo vullen begrotings- en premiemiddelen elkaar aan in budgettaire omvang. Ook op een andere manier hebben ze met elkaar te maken: in de relatie tussen de prestaties die geleverd worden met de inzet van begrotingsmiddelen en de effecten daarvan voor of in de premiesector. In de beleidsbegroting beperkt de toelichting zich in principe tot een toelichting op de prestaties door inzet van begrotingsmiddelen.

Ter illustratie staan in onderstaande tabel de totale budgetten die onder bovengenoemde sectoren vallen. Ze worden in de Zorgnota nader toegelicht en onderbouwd.

Bedragen x € 1 mln.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven beleidsartikel 4	34,8	30,0	28,5	28,1	26,5	26,5
Sector gehandicaptenzorg en hulpmiddelen (totaal)*	4 316,8	4 509,4	4 663,1	4 782,3	4 889,9	4 982,9

* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2002 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

4.2 Operationele beleidsdoelstellingen

4.2.1 Het verbeteren van de kwaliteit, doelmatigheid, transparantie en informatievoorziening binnen de gehandicaptenzorg

Bij de meerjarenafspraken worden expliciet productieafspraken gemaakt voor de extra middelen die naar de verschillende onderdelen van de zorgsector toevloeien. Dit past in het streven naar betere verantwoording van de middelen die in de sector aanwezig zijn. Over de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg die met deze middelen geleverd wordt, is onvoldoende bekend. Het proces om dit te verbeteren is, mede via begrotingsgefinancierd onderzoek in gang gezet. Door het gebruik van ICT streven we naar vergroting van de transparantie in de sector. ICT draagt ook bij aan verbetering van de informatievoorziening aan gehandicapten en hulpverleners.

Het is onze verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor de kwaliteit van de voorzieningen in de gehandicaptenzorg. Dit geldt ook voor de doelmatigheid, de transparantie en de informatievoorziening in de gehandicaptenzorg. De koepelorganisaties Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en SOMMA, de zorginstellingen, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG), de Federatie van Ouderverenigingen (FvO), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het CTG hebben hun eigen verantwoordelijkheden voor de kwaliteit, doelmatigheid, transparantie en informatievoorziening binnen de gehandicaptenzorg. Samen met het CTG hebben wij een gedeelde verantwoordelijkheid voor de invoering van een nieuw bekostigingssysteem in de gehandicaptenzorg. De primaire verantwoordelijkheid voor uitvoering van de nieuwe bekostigingssystematiek ligt bij de instellingen en het CTG. Wij faciliteren veelal tijdelijk een gewenste ontwikkeling via subsidies, waarna partijen in de gehandicaptenzorg het

initiatief overnemen. Wij zijn verantwoordelijk voor de benchmark waarbij is gezocht naar een vorm van samenwerking met de VNG en de SOMMA.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Subsidiëring.* Er worden verschillende subsidies verstrekt:
- Voor onderzoek naar een nieuwe bekostigingssystematiek en onderzoek naar benchmarking. De nieuwe bekostigingssystematiek en de benchmark staan niet los van elkaar. Benchmarking kan pas plaatsvinden als de nieuwe zorgproducten zijn gedefinieerd en de administraties van de instellingen zijn aangepast. In 2002 experimenteren we met het nieuwe bekostigingssysteem dat op zorgmodulen (de kleinste eenheid van de te leveren zorg) is gebaseerd. In 2003 vindt de invoering plaats en dan kunnen we ook de eerste benchmark uitvoeren op basis van de cijfers over 2002.
 - Aan drie koepelorganisaties voor de verbetering van de toegankelijkheid van landelijke en regionale databestanden. Doel is de realisering van een basisinformatiesysteem voor de gehele gehandicaptensector via internet, zodat de zorgverlener gemakkelijker over informatie kan beschikken voor de ondersteuning van zijn cliënt. Dit project voeren we samen met de FvO, de Chronisch zieken en Gehandicapten (CG)-raad en de SOMMA uit.
 - Aan de Stichting Perspectief en de Stichting Landelijk Steunpunt cliëntenRaden voorzieningscentra gehandicapten (LSR) voor de uitvoering van ongeveer 150 externe kwaliteitsevaluaties per jaar voor de verbetering van de gehandicaptenzorg.
- b. *Bevordering ICT.* Bij bevordering van ICT in de gehandicaptenzorg gaat het om enkele projecten van de drie programmalijnen die we hebben uitgewerkt in het ICT-plan gehandicaptenzorg. De eerste programmalijn «Drempels weg» is gericht op ontsluiting van internet voor gehandicapten (50 toegankelijke sites in 2001 en 100 in 2002), de tweede op dienstverleningsnetwerken rond de cliënt en de derde op het inzichtelijk maken van de zorgketen.

4.2.2 Differentiatie in het zorgaanbod, transformatie van bestaande zorginfrastructuur en ondersteuning van de positie van de zorgvragers

Maatwerk in het zorgaanbod kan op verschillende manieren tot stand worden gebracht. Zo is de afgelopen jaren de ontwikkeling van het persoonsgebonden budget (PGB) gestimuleerd als alternatief voor zorg in natura. De toekenning van PGB vindt plaats uit een subsidie van het College voor zorgverzekeringen. Nieuwe zorgvormen worden bij wijze van pilot enkele jaren gesubsidieerd om – bij gebleken succes – als reguliere zorgvorm naar de premiesector over te gaan.

Met het tot stand brengen van een gedifferentieerd zorgaanbod en een betere ondersteuning van de zorggebruikers beogen we een kwaliteitsverbetering in de gehandicaptenzorg te bewerkstelligen. Hiervoor hebben we bij de MJA afspraken gemaakt met de partners in de gehandicaptenzorg. Als MJA-partner zijn we mede verantwoordelijk voor de onderwerpen uit de meerjarenafspraken. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de regeling PGB ligt bij het College voor zorgverzekeringen. We subsidiëren de budgethoudersverenigingen die zijn gericht op versterking van de positie van de budgethouder. Dit werkt drempelverlagend op het gebruik van het PGB als alternatief voor zorg in natura. Door

het gebruik van het PGB wordt de onafhankelijkheid van de cliënten en daarmee de positie van de cliënt versterkt.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidiëren van:

- Twee budgethoudersverenigingen: Per Saldo (Verpleging & Verzorging) en Naar Keuze (Verstandelijk Gehandicaptenzorg).
- De MJA-onderwerpen: praktische thuishulp, een expertisecentrum doofblindheid, medezeggenschapsraden en sociale hulphonden. Met de subsidie voor praktische thuishulp verbeteren we de samenwerking tussen de (intramurale) gehandicaptenzorg en de algemene thuiszorg. Zorgkantoren stellen hiertoe functionarissen aan. Het landelijk expertisecentrum doofblindheid richt zich op bevordering en uitwisseling van kennis en informatie over doofblinden en wordt uitgevoerd door drie grote zorgaanbieders. Verder verlenen we subsidie aan landelijke organisaties die de medezeggenschapsraden ondersteunen en aan een tweetal organisaties voor de opleiding van veertig hulphonden.
- Projecten voor de bevordering van de mobiliteit en de fysieke toegankelijkheid van de samenleving.

4.2.3 Inzicht in hulpvragen van cliënten door het monitoren van de wachtlijsten en door een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling

De wachtlijsten gehandicaptenzorg worden geregistreerd in het zorgregistratiesysteem. Het CVZ onderhoudt het systeem en elk halfjaar produceren ze productiecijfers over de indicaties en de gerealiseerde gehandicaptenzorg.

Een zorgvuldige en gedegen indicatiestelling is van groot belang, ook voor de aanpak van de wachtlijsten. De indicatiestelling in de gehandicaptenzorg vindt in 2001 plaats door het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg, dat wij bekostigen. De bedoeling is dat de indicatiestelling na wijziging van het Zorgindicatiebesluit op 1 januari 2002, al dan niet geleidelijk, wordt overgenomen door de Regionale Indicatie Organen (RIO's). De financieringsstroom zal dan voor een deel verlegd worden van het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) naar de RIO's. Het LCIG gaat de RIO's adviseren over meervoudige/complexere hulpvragen.

Met de nieuwe opzet van de indicatiestelling in de gehandicaptenzorg streven we naar een cliëntgerichte, zorgvuldige en kwalitatief goede indicatiestelling, dit laatste met het oog op de toegang tot de zorg die valt onder de AWBZ. Via evaluatieonderzoek in 2004 zal worden gemeten of deze doelstelling daadwerkelijk is bereikt.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Een subsidie aan het LCIG. Deze organisatie verzorgt de indicatiestellingen voor de gehandicaptenzorg. In 2001 worden naar verwachting ruim 36 000 indicaties verricht. In 2002, bij de wijziging van het zorgindicatiebesluit, zal het aantal korte en standaardindicaties door het LCIG afnemen. Het totale aantal door RIO's en LCIG te verrichten indicaties kan in 2002 en volgende jaren stijgen als gevolg van uitbreiding met herindicaties. Het structureel beschikbare budget voor indicatiestel-

ling in de gehandicaptenzorg is gebaseerd op 36 000 indicaties per jaar. Daarbij gaat het om 12 000 korte indicaties, 13 500 standaardindicaties en 10 500 uitgebreide indicaties.

4.2.4 Bijdrage aan de Welzijnsnota

Programmaliijn 1 – Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid

Op basis van deze programmalijn verstrekken we subsidies voor maatregelen die deelname van mensen met een handicap aan het maatschappelijk verkeer bevorderen. Deze maatregelen richten zich op het bieden van ruimere kansen en keuzes. Onze verantwoordelijkheid ligt bij het ontwikkelen, stimuleren en subsidiëren van activiteiten op het gebied van de belangenbehartiging, lotgenotencontact, informatie, advies en voorlichting.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Er worden verschillende subsidies verstrekt:

- Instandhoudingssubsidies voor organisaties van (ouders van) gehandicapten die zich met belangenbehartiging bezighouden. In de nota Patiënten- en Consumentenbeleid «Met Zorg Kiezen» (TK 2000–2001 27 807, nr. 2) hebben we aangekondigd dat we deze organisaties onderbrengen bij de Stichting Patiëntenfonds. De financiële middelen hevelen we daartoe geheel over naar deze stichting.
- Subsidies aan projecten voor de ondersteuning van de ontwikkeling van de woon- en leefomgeving van de cliënt (community care). Het NIZW subsidieert door zorginstellingen in gang gezette samenwerkingsprojecten die best practices kunnen opleveren. Naast de subsidie aan het NIZW verstrekken we subsidies voor projecten ter bevordering van de beeldvorming en projecten voor verbetering van de positie van de gehandicapte vrouw.

Programmaliijn 2 – Het voorkomen van sociale uitsluiting

Sociale uitsluiting van mensen met een handicap kan in belangrijke mate voorkomen worden door deze mensen in te schakelen in het arbeidsproces. Een baan biedt gelegenheid tot ontwikkeling, zelfontplooiing en het onderhouden van sociale contacten.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Door het subsidiëren van projecten Zorg en Arbeid ondersteunen we de samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsvoorziening, en een betere benutting van de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW) en de Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (Wet REA).

Programmaliijn 3 – Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid

Deze programmalijn is vooral gericht op de versterking van de lokale samenwerking en het vergroten van de bestuurlijke mogelijkheden van de gemeenten.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidie aan:

- Innovatie/implementatieprojecten. Met het programma Vernieuwing Innovatie Gehandicaptenzorg (VIG) beogen we dat algemene organisaties samen met categoriale organisaties op basis van de vraag van de

- cliënt zorg gaan aanbieden aan thuiswonende mensen met ernstige functiebeperkingen. Concreet gaat het om het ondersteunen van gemeenten door middel van voorlichting, brochures en dergelijke.
- Landelijk coördinatiepunt Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Programmalijn 4 – Het bevorderen van kwaliteit en professionaliteit van welzijnsvoorzieningen

Het streven naar kwaliteit van zorg en aanpassing aan de behoeften van de cliënten vereist van instellingen dat ze onder meer oog hebben voor ontwikkelingen in de technologie. Technologische ontwikkelingen hebben gevolgen op alle terreinen van de samenleving. Het is daarom van belang die gevolgen te signaleren voor mensen met beperkingen. Enerzijds vormt de moderne technologie een middel om deel te nemen aan de samenleving en een uitdaging om te komen tot nieuwe hulpmiddelen. Ook nieuwe concepten in de zorg en dienstverlening kunnen dankzij deze technologie worden ontwikkeld. Anderzijds bestaat het gevaar dat mensen juist door deze ontwikkelingen worden uitgesloten, doordat bestaande aanpassingen niet meer bruikbaar en nieuwe niet beschikbaar zijn.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidies voor technologieprojecten.

Programmalijn 5 – Onderzoek, monitoring en informatievoorziening

Door ondersteuning van beleidsonderzoek, informatievoorziening en monitoring verbeteren we het beleidsproces. Door monitoring en onderzoek komt informatie beschikbaar op basis waarvan betere besluitvorming en verantwoording over gehandicaptenbeleid kan plaatsvinden.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidies voor onderzoek en informatievoorziening, onder andere een subsidie aan het NIZW voor het basisbestand Zorginformatie (systeem met informatie voor en over gehandicapten).

4.2.5 Ondersteuning uitvoerend werk en vrijwilligerswerk

De ondersteuning van het uitvoerend werk heeft met name betrekking op het gespecialiseerd maatschappelijk werk voor dove volwassenen. Deze werkvorm beoogt een op maat gesneden antwoord te geven op hulpvragen van cliënten uit deze doelgroep om hun sociaal functioneren en hun sociale omgeving te verbeteren. De hulpverlening richt zich op cliënten in de thuissituatie en heeft (onder meer) als doel het behouden en vergroten van de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid. De doelgroep bestaat uit mensen met een auditief/verstandelijke beperking, doofblinden, zwaar slechthorenden en mensen met een spraak- en taalstoornis.

Naast het gespecialiseerd werk voor dove volwassenen subsidiëren we een aantal andere vormen van uitvoerend werk.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Er worden subsidies verstrekt aan:

- Een tweetal instellingen voor auditief en communicatief gehandicapten (maatschappelijk werk voor doven).
- Een tweetal vrijwilligersorganisaties (Zonnebloem en Rode Kruis) en aan de William Schrikker stichting voor intensieve thuiszorg.

4.2.6 Het bevorderen van de doelmatigheid van de verstrekking van hulpmiddelen en de informatievoorziening hierover

In juni 2000 is met Zorgverzekeraars Nederland een bestuurlijk convenant gesloten om de regierol van verzekeraars te versterken. De doelstelling van het convenant is het vergroten van de doelmatigheid, zowel bij het voorschrijven en verstrekken van hulpmiddelen als bij de inkoop en de distributie onder de inzet van bestaande instrumenten, de ontwikkeling van nieuwe instrumenten en een programma van deregulering. Het Hulpmiddelen Informatie Centrum (HIC) heeft tot doel de transparantie in de hulpmiddelensector te vergroten door informatie over hulpmiddelen centraal toegankelijk te maken. Een integraal informatiesysteem zal ook bijdragen aan de doelmatigheid van de hulpmiddelenverstrekking. De gebruikers van hulpmiddelen vormen de primaire doelgroep van het HIC. Bij de eigenlijke gebruiker van hulpmiddelen is een schat aan ervaringsdeskundigheid aanwezig. Deze is niet ontsloten en wordt niet benut. Het ontsluiten ervan is dienstig aan het beleid van een meer vraaggerichte hulpmiddelenzorg en zal ten dienste komen aan de regievoerders, de zorgverzekeraars, zodat zij klantvriendelijker kunnen werken en de zorg beter kunnen laten aansluiten bij de vraag. In 2003 onderzoeken we daarom niet alleen de doelmatigheid van de hulpmiddelenverstrekking, maar ook de tevredenheid van de gebruikers.

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor een kwalitatieve en doelmatige verstrekking. Wij bewaken de regierol en ondersteunen de zorgverzekeraars bij het vervullen van deze rol. Daarnaast zijn we verantwoordelijk voor de organisatie van een adequate informatievoorziening over de verstrekking van hulpmiddelen. Dit is mede gericht op versterking van de positie van de patiënt/consument.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- Subsidiëring CVZ.* Subsidiëren van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) voor extra personele capaciteit zodat het CVZ specifieke producten kan ontwikkelen op het gebied van de informatievoorziening over de verstrekking van hulpmiddelen. Het gaat hierbij onder andere om de ontwikkeling en productie van:
 - Het Hulpmiddelenkompas waarin richtlijnen en protocollen worden ontwikkeld voor het voorschrijven van hulpmiddelen. In 2001 loopt een pilot met drie deelsectoren. Het kompas zal beginnen in 2002 en gaandeweg worden uitgebreid en geactualiseerd.
 - De Signaleringsrapportage van het CVZ. In deze jaarlijkse rapportage wordt aangegeven welke knelpunten bestaan rond toelating van nieuwe hulpmiddelen tot het pakket, modernisering door technologische vooruitgang en signalen uit het «veld» over bestaande deilverstrekkingen. Het CVZ adviseert daarmee jaarlijks over de benodigde actualisatie van het hulpmiddelenpakket. Het Signaleringsrapport is voor het eerst verschenen in 2001.
 - Een model voor de toelating (in- en uitstroom) van de hulpmiddelen. Het CVZ hanteert inmiddels in de jaarlijkse Signaleringsrapportage een set beoordelingscriteria, die beschouwd kan

worden als een werkbaar toelatingsmodel. In de loop van 2002 zal het model verder worden vormgegeven zodat een afzonderlijk product ontstaat.

- De Monitor hulpmiddelen (tweemaal per jaar bij het CVZ, sinds 2000) geeft een steeds beter inzicht in de uitgavenontwikkeling van hulpmiddelen en in factoren die invloed hebben gehad op deze ontwikkeling. Volledige ingebruikname van de Monitor hulpmiddelen zal plaatsvinden in 2003.
- b. *Subsidiëring*. Subsidiëren van:
 - Zorgverzekeraars voor het uitvoeren van experimenten in de hulpmiddelenvoorziening in het kader van het Convenant tussen ons en Zorgverzekeraars Nederland. De experimenten, op het gebied van voorschrijven, verstrekken, inkopen en distribueren van hulpmiddelen hebben tot doel nieuwe instrumenten te ontwikkelen om te komen tot een doelmatiger hulpmiddelenzorg. Na afloop van de experimenten, begin 2003, worden de best practices aangeboden aan de andere zorgverzekeraars.
 - Het HIC, een onafhankelijke stichting die we hebben opgericht in 2001. In 2002 gaat het eerste digitale HIC van start, vervolgens zal de website www.hethic.nl verder worden uitgebouwd.
 - Een nulmeting van het actuele gebruik van de in het kader van het Hulpmiddelenkompas ontwikkelde richtlijnen en protocollen. Hiermee starten we in het najaar van 2001.
 - Het opzetten van een Tevredenheidsmonitor. Bij de omslag van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte hulpmiddelenzorg en de veranderingen die dit met zich meebrengt, peilen we de tevredenheid van de gebruiker van hulpmiddelen. De nulmeting zal nog in 2001 plaatsvinden. Vervolgens zullen we jaarlijks een tevredenheidsmeting verrichten.
 - Patiëntenverenigingen voor ontsluiting van ervaringsdeskundigheid bij gebruikers van hulpmiddelen. Dit is gepland vanaf begin/medio 2002.

4.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	31 379	44 735	32 333	30 534	30 104	28 568	28 568
Uitgaven (totaal)	27 281	38 491	33 407	30 625	30 195	28 568	28 568
Programma-uitgaven (totaal)	24 881	34 804	30 051	28 525	28 094	26 468	26 468
– Verbeteren kwaliteit gehandicaptenzorg			5 474	5 485	5 485	3 806	3 806
– Vraaggestuurde zorg door ontwikkeling zorgvormen			2 906	2 906	3 586	3 586	3 586
– Monitoren wachtlijsten en indicatiestelling			9 529	9 529	9 529	9 529	9 529
– Bijdrage aan de Welzijnsnota			6 085	6 157	6 181	6 234	6 234
– Bevorderen uitvoerend werk voor gehandicapten			2 425	2 425	2 425	2 425	2 425
– Kwaliteit, doelmatigheid hulpmiddelenvoorziening			3 632	2 022	888	888	888
Apparaatsuitgaven	2 400	3 687	3 357	2 100	2 100	2 100	2 100
Ontvangsten	474	295	295	295	295	295	295

4.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	30 051	28 525	28 094	26 468	26 468
Juridisch verplicht in %	4,8	1,3	0,5	0,0	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	54,2	57,1	58,0	61,5	61,5

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats.

4.5 Groeiparaagraaf VBTB

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr. 57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren.

Voor de AWBZ-sectoren is met name de AWBZ-brede zorgregistratie van belang. De invoering van deze registratie zal leiden tot een doelmatige gegevensuitwisseling in de zorgketen en vergroot het inzicht in de vraag naar zorg en de mate waarin het aanbod daarin kan voorzien.

Initiatieven, zoals activiteiten op het gebied van standaardisatie en proefprojecten, om het gebruik van ICT-middelen in de zorg te bevorderen, faciliteren het streven om de kwaliteit en toegankelijkheid van beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren.

Aan verbetering van kwaliteit, doelmatigheid, transparantie en informatievoorziening binnen de gehandicaptenzorg werken we ook door het ontwikkelen van een nieuwe bekostigingssystematiek en door het verrichten van onderzoek naar benchmarking. Door benchmarking komen namelijk nieuwe prestatiegegevens beschikbaar die het inzicht in kwaliteit en doelmatigheid van de gehandicaptenzorg vergroten. In 2002 experimenteren we met de bekostigingssystematiek, waarna in 2003 de invoering zal plaatsvinden. In 2003 kan de eerste benchmark worden uitgevoerd op basis van de cijfers van 2002.

Voor inzicht in de hulpvragen van cliënten is kennis van de indicatiestellingen van belang. Het aantal geplande indicatiestellingen op grond van een vast beschikbaar budget is reeds aanwezig. De indicatiestellingen worden volgens planning per 1 januari overgeheveld naar de Regionale Indicatie Organen. Met deze RIO's moet nog afspraken worden gemaakt over de te leveren prestatiecijfers.

De bijdrage aan de Welzijnsnota zal in de begroting 2003 worden betrokken bij de andere operationele doelstellingen. De bijdragen van de verschillende artikelen aan de Welzijnsnota zullen dan, net als in deze begroting, inzichtelijk worden gemaakt bij het artikel Sociaal Beleid.

In onderstaande tabel is samenvattend weergegeven welke evaluaties op het terrein van de gehandicaptenzorg en hulpmiddelen zijn voorgenomen.

Tabel 1: voorgenomen evaluaties	
Onderwerp	Geplande uitvoering
Externe kwaliteitsevaluaties voor de verbetering van de gehandicaptenzorg.	Jaarlijks
Evaluatie van het streven naar een cliëntgerichte, zorgvuldige en kwalitatief goede indicatiestelling door de nieuwe opzet van de indicatiestelling in de gehandicaptenzorg.	2004
Onderzoek naar de doelmatigheid van de hulpmiddelenverstrekking en de tevredenheid van de gebruikers.	2003

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

5.1 Algemene beleidsdoelstelling

Een tijdig passende, kwalitatief goede en betaalbare verpleging, verzorging en dienstverlening voor mensen die daaraan een maatschappelijk aanvaarde behoefte hebben. Het coördineren van het intersectoraal ouderenbeleid.

In de periode 2000–2020 neemt het aantal ouderen met 50% toe. Naast deze demografische ontwikkelingen bepalen ook de geneeskundige, technologische, sociaal-economische en culturele ontwikkelingen de aard en de omvang van de zorgvraag van straks.

Om de toegang tot de zorg (de indicatiestelling) en tot dienstverleningsarrangementen beter te regelen, zal in 2002 het project indicatiestelling verder worden uitgevoerd.

De wachtlijsten in de ouderenzorg worden verder aangepakt. De resultaten van de aanpak in 2000 en 2001 zijn bemoedigend, maar nog niet toereikend. In vervolg op de Taskforce-aanpak van de wachtlijsten ontwikkelen we samen met de MJA-partijen ook in 2002 initiatieven om zorgvraag en zorgaanbod met elkaar in evenwicht te brengen.

Om de keuzevrijheid van mensen die langdurig aangewezen zijn op zorg en dienstverlening verder te vergroten, nemen we de ontwikkeling van de persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten ook in de sector verpleging en verzorging actief ter hand. Daardoor neemt de mogelijkheid toe om zelf een zorgarrangement naar keuze in te kopen bij de gewenste aanbieder(s).

Aan de aanbodkant wordt ingezet op het verder ondersteunen en faciliteren van het scheiden van wonen en zorg. In 2002 en volgende jaren voeren we hiertoe het ontwikkelingsprogramma «Wonen en zorg op maat» uit. Dit bevordert zowel de keuzevrijheid van het individu als de flexibiliteit (en concurrentie) in de zorgketen. Dat levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteitsslag die we op het terrein van verpleging en verzorging willen maken. Een bijzonder aandachtspunt daarbij is de functie dienstverlening. Naarmate meer mensen zelfstandig wonen, zal naast de zorg ook de maatschappelijke ondersteuning op het gebied van welzijn en dienstverlening daarop moeten aansluiten. In dit verband onderzoeken we of de huidige Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) kan worden uitgebouwd tot een wet die de ruggengraat vormt van een dergelijk maatschappelijk voorzieningssysteem.

Daarnaast is er een grotere aandacht nodig voor wat mensen zelf willen en kunnen opbrengen in de zorg voor hun naasten. De mantelzorg – het fundament van het zorgsysteem waarvan ca. 1,3 mln. mensen afhankelijk zijn – moet verstevigd worden om de groeiende druk te kunnen opvangen. Tegelijkertijd is versterking van de professionele zorg nodig. De arbeidsmarktproblematiek in de zorg moet worden aangepakt. Hoewel dit primair een zaak is van CAO-partijen, zullen wij hieraan een bijdrage leveren waarbij we uiteraard nauw zullen samenwerken met de brancheorganisaties in kwestie.

Omdat ouderenbeleid op diverse niveaus, op verschillende departementen en ook internationaal vorm wordt gegeven, vervullen we een coördinatiefunctie om de onderlinge samenhang te bewaken.

In de sector Verpleging, Verzorging en Ouderen worden verschillende intensiveringen via de begroting bekostigd. Een aantal intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting 2001 is besloten wordt hier kort toegelicht.

Sinds het jaar 2001 wordt ter versterking van de positie van de mantelzorg in het zorgproces een structureel bedrag van € 2,3 mln. beschikbaar gesteld. In het jaar 2001 zal dit worden aangewend voor versterking van de Landelijke Organisatie Thuisverzorging en de Landelijke Organisatie Vrijwillige Thuiszorg en het Nederlands Instituut voor de oprichting van een expertisecentrum. Naast deze € 2,3 mln. wordt voor hetzelfde doel vanaf het jaar 2001 via de premiemiddelen nog een structureel bedrag van € 9,1 miljoen toegevoegd aan de subsidieregeling coördinatie vrijwillige thuiszorg van het CVZ.

Voor de jaren 2001 en 2002 worden jaarlijkse bedragen van € 13,6 mln. beschikbaar gesteld voor innovatieve projecten op het raakvlak van wonen en zorg. Deze jaarlijkse bedragen worden beschikbaar gesteld in aanvulling op de bestaande woonzorgstimuleringsregeling. Deze gezamenlijke subsidieregeling van VROM en VWS heeft hetzelfde doel. In de jaren 2001 en 2002 zijn in de thuiszorg en de sector verpleging en verzorging voor benchmarkonderzoeken bedragen van respectievelijk € 2,3 en € 0,5 mln. beschikbaar gesteld.

Voor het jaar 2001 worden de volgende financiële middelen voor indicatiestelling beschikbaar gesteld:

- € 15,5 mln. voor de robuuste Regionale Indicatie Organen. Dit bedrag was oorspronkelijk reeds in het jaar 2000 beschikbaar gesteld voor het wegwerken van de achterstanden in de (her)indicatiestelling voor AWBZ-zorg maar is in dat jaar niet tot besteding gekomen.
- € 10,9 mln. voor een onafhankelijke en integrale indicatiestelling in de sector. Voor de jaren 2002 en 2003 worden nog eens bedragen voor deze sector beschikbaar gesteld van respectievelijk € 5,9 mln. en € 3,6 mln.
- uit de ICT-middelen is een bedrag van € 12,1 mln. beschikbaar voor investeringen op het gebied van ICT binnen deze sector. Hiervan is € 11,3 mln. beschikbaar voor ICT-investeringen die van belang zijn voor een AWBZ-brede zorgregistratie. Het resterende bedrag is bestemd voor diverse ICT-investeringen binnen de sector.

De hiervoor vermelde bedragen voor 2001 zijn reeds bij Voorjaarsnota gemeld.

Relatie met de Welzijnsnota

De middelen die worden ingezet voor het verwezenlijken van de doelstellingen van de Welzijnsnota zijn in de verschillende operationele doelstellingen van dit beleidsartikel verwerkt. Bij beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staat wat de verschillende beleidsartikelen bijdragen aan de programma's van de Welzijnsnota.

Relatie met de Zorgnota

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van de middelen die de premiesector beschikbaar stelt voor de verpleging en verzorging. Zo vullen begrotings- en premiemiddelen elkaar aan in budgettaire omvang. Ook op een andere manier hebben ze met elkaar te maken: in de relatie tussen de prestaties die geleverd worden met de inzet van begrotingsmiddelen en de effecten daarvan voor of in de premiesector. De toelichting in de beleidsbegroting beperkt zich in principe tot een toelichting op de prestaties door inzet van begrotingsmiddelen.

Ter illustratie staan in de onderstaande tabel de totale budgetten die onder bovengenoemde sectoren vallen. Ze worden in de Zorgnota nader toegelicht en onderbouwd.

bedragen x € 1 mln.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven beleidsartikel 5	34,0	28,5	13,8	14,3	14,3	14,3
Sector Verpleging en verzorging (totaal)*	8 878,3	9 167,9	9 320,4	9 353,5	9 363,0	9 361,3

* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2002 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

5.2 Operationele beleidsdoelstellingen

5.2.1 Het realiseren van een zodanig aanbod van intramurale en extramurale zorgvoorzieningen en dienstverlening dat diegenen die daarvoor in aanmerking komen binnen redelijke termijnen geholpen worden

Om het beleid op het terrein van verpleging, verzorging en dienstverlening af te stemmen op de wijze waarop de vraag zich de komende decennia ontwikkelt, brengen we vanaf 2002 elke vier jaar «vooruitzichten verpleging en verzorging en dienstverlening» uit. Daarnaast zal via de AWBZ-brede registratie structureel meer inzicht worden geboden in de feitelijke, actuele instroom en realisatie van de vraag naar zorg- en dienstverlening. Beide documenten vormen een belangrijke input voor het beleid.

De kwaliteit van de toegang tot de zorg (indicatiestelling) zal zodanig moeten verbeteren dat de doorstroom naar de zorgverlening snel, efficiënt en effectief is. De aanpak van de wachtlijsten verpleging en verzorging heeft ook in 2002 prioriteit. De maatregelen voor de aanpak van de wachtlijsten worden grotendeels met premiemiddelen gefinancierd. Voor de effecten van de maatregelen op de capaciteit van de zorgverlening verwijzen we daarom naar de Zorgnota.

Voor de realisatie zijn wij afhankelijk van de inspanningen van de afzonderlijke zorgaanbieders. Daarbij speelt het aanbod op de arbeidsmarkt ook een belangrijke rol.

Bij het bereiken van deze doelstelling spelen talrijke exogene factoren een rol zoals: technologische ontwikkelingen (ICT in de zorg), sociaal- (inter)culturele ontwikkelingen, bestuurlijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorg van organisatorische aard.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidiëren van:

- Strategisch beleidsonderzoek. In 2002 starten onderzoeken voor een langetermijnverkenning van de behoefte aan verpleging, verzorging en dienstverlening; weergave van trends in het aanbod en mogelijke nieuwe productcombinaties. Actualisatie van de langetermijnverkenningen vindt elke vier jaar plaats.
- Onderzoek naar wachttijden en urgentiecriteria. Jaarlijks, om te beginnen voor het begrotingsjaar 2002, expliciteert het veld in onderling overleg (onder andere treekoverleg) normen voor de sector verpleging en verzorging. In 2001 is een systematiek voor Regionale

Indicatie Organen (RIO) ontwikkeld om de urgentie van de geïndiceerde zorg te bepalen. In 2002 ondersteunen we het gebruik van deze systematiek door RIO's.

- De invoering van AWBZ-brede zorgregistratie. Zorgaanbieders en indicatieorganen kunnen na invoering geautomatiseerd over een aantal momenten in de zorgketen op cliëntniveau gegevens aan het zorgkantoor leveren. Naar verwachting zal eind 2002 de AWBZ-brede zorgregistratie volledig operationeel zijn.
- Instellingen. In 2002 worden plaatsen in bejaardenpensions bekostigd en wordt wachtgeld betaald aan een aantal ex-medewerkers van een instelling op grond van een in 1994 aangevane verplichting. Beide zijn aflopend beleid.

5.2.2 Een zodanige zorgvoorzienings- en dienstverleningswijze dat mensen naar eigen keuze een op de eigen behoefte afgestemd zorg- en verblijfsarrangement kunnen samenstellen

Om de keuzevrijheid van mensen die langdurig van zorg afhankelijk zijn verder te vergroten, nemen we de ontwikkeling van de persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten in de sector verpleging en verzorging actief ter hand. Dit vergroot de keuzemogelijkheden van mensen. Deze mogelijkheden worden ook vergroot door een gevarieerd aanbod van wonen en zorg (TK 2000-2001, 26 631, nr. 12). Meer dan nu het geval is, zal de zorg naar de mensen moeten kunnen komen in plaats van andersom.

Een belangrijk punt van aandacht hierbij is de ontwikkeling van een stelsel van maatschappelijke zorg en dienstverlening, zodat mensen niet onnodig snel hun zelfstandigheid en mogelijkheden voor maatschappelijke participatie verliezen. In dit kader is er speciale aandacht voor allochtone ouderen. Omdat we de resultaten van het beleid, zoals de ontwikkeling van de extramurale zorgverlening als gevolg van het scheiden van wonen en zorg, voornamelijk realiseren door inzet van premiemiddelen, verwijzen we hiervoor naar de Zorgnota.

Bovengenoemde doelstelling streven we via twee sporen na: enerzijds door het versterken van de vrager (financieel en qua toegang tot informatie) anderzijds door het zorgsysteem van zodanige prikkels te voorzien dat ook langs die kant een gevarieerder aanbod van zorg en dienstverlening zal ontstaan. We zijn in dit streven sterk afhankelijk van de bereidheid en mogelijkheden van zorgaanbieders om tot een nieuw aanbod te komen. Tevens is de samenwerking met de minister van VROM hierbij een belangrijke succesfactor. Voor de realisatie van een goed dienstverleningsstelsel spelen gemeenten een belangrijke rol. Om zorgbehoevenden zo lang mogelijk in de thuissituatie te laten blijven, is een goede afstemming met het gemeentelijk welzijnsbeleid en de WVG immers van groot belang.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidiëren van:

- De belangenbehartigers PGB-houders voor voorlichting over de mogelijkheden van het gebruik van de PGB-regeling. Allochtonen vormen een doelgroep die hierbij bijzondere aandacht krijgt.
- De woonzorgstimuleringsregeling en het ontwikkelingsprogramma Wonen en zorg gericht op nieuwe combinaties van wonen met zorg op

- maat. De intensivering op dit terrein ad € 13,6 mln., die in 2001 is ingezet, wordt in 2002 gecontinueerd.
- Onderzoek dat moet bijdragen aan een beter inzicht in de samenhang tussen zorg en dienstverlening alsmede de geschikte wijze om deze samenhang te bereiken.
 - Organisaties van allochtone ouderen en onderzoeken specifiek gericht op de situatie van allochtone ouderen.
 - Pilots kwaliteit farmaceutische en medische zorg in verzorgingshuizen voor samenwerking tussen verzorgingshuizen, huisartsen, verpleeghuisartsen en apothekers. Op basis van de resultaten van deze pilots streven we naar een convenant tussen Arcare, de LHV, de KNMP, de NVVA en de overheid. De beleidsregel dure geneesmiddelen in verpleeghuizen evalueren we tussentijds per kwartaal en definitief eind 2002. In de «Proeftuinen Farmacie Ouderen» worden vijf experimenten uitgevoerd om de kwaliteit van de geneesmiddelenverstrekking te verbeteren. De resultaten van de proeftuinen zijn medio 2002 bekend.

5.2.3 Faciliteren van informele zorgverlening en preventie om te komen tot een beter evenwicht tussen mantelzorg en professionele zorg

Los van het vanzelfsprekende belang van de omvang van het voor de zorg beschikbare budget is een goed functionerend systeem van mantelzorg en een effectief preventief beleid van groot belang. Mantelzorg is het fundament van het zorgsysteem waarvan ca. 1,3 mln. mensen afhankelijk zijn. Voor elke 1% van de mantelzorgers die afhaakt, moet de professionele hulp met 3 à 4% worden verhoogd. Tot op heden is in Nederland weinig beleidsaandacht besteed aan de mantelzorg, in tegenstelling tot andere landen om ons heen. In de zomer van 2001 hebben we een notitie aan de Tweede Kamer gezonden waarin de betekenis van de mantelzorg is geduïd en waarin we voorstellen doen om in samenhang met het zorgstelsel de ondersteuning van de mantelzorg structureel te versterken, inclusief de financiering. Het gaat daarbij zowel om maatregelen in de directe woonomgeving van mensen (fysiek en sociaal), als om zaken als bewegingsprogramma's voor ouderen, snelle revalidatie van CVA-patiënten et cetera.

Het bevorderen van de mantelzorg en het ondersteunen van de mantelzorgers draagt bij aan een beter evenwicht tussen professionele zorg en mantelzorg. Het verruimen van de financiële mogelijkheden waartoe in 2001 is besloten, maken het mogelijk om ook in 2002 de ondersteuning van de mantelzorg verder vorm te geven. Ontwikkelingen als individualisering en interculturalisatie van de samenleving zijn belangrijke factoren die medebepalend zijn voor het aanbod van mantelzorg. Voor een goed preventief beleid is niet alleen onze inzet van belang, maar ook die van lokale actoren. Gemeenten hebben hierin op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) een belangrijke verantwoordelijkheid.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidiëren van:

- Landelijke organisaties van mantelzorgers en het financieren van de inrichting van een expertisecentrum Mantelzorg bij het NIZW. Dit is nader beschreven in de nota «Mantelzorg» (TK 2000–2001, 27 401, nr. 65). De landelijke organisaties voor vrijwillige thuiszorg coördineren de inzet vanuit de steunpunten mantelzorg en de inzet van vrijwillige thuiszorg. De steunpunten mantelzorg zijn gericht op het bieden van emotionele steun, bemiddeling en praktische informatie.

- Een inventarisatie en analyse van maatregelen in de directe leef-omgeving van zorgbehoevenden die zorganspraken kunnen voorkomen. Dit resulteert in de brochure «101 manieren om zorg-afhankelijkheid te voorkomen».
- Het stimuleringsprogramma «Ouderen en internet» waardoor de toegang van ouderen tot internet verder wordt bevorderd. Mede in relatie tot de ontwikkeling van een dienstverleningsstelsel (zie doelstelling 5.2.2) wordt ook hier de rol van gemeenten op grond van de WCPV nader gezien.

5.2.4 Het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid in de verpleging, verzorging en dienstverlening

In aanvulling op het definiëren van productkwaliteiten (zie doelstelling 5.2.2) zullen we ook kwaliteits- en doelmatigheidseisen op instellings-niveau moeten stellen. Dat gaat met name over de kwaliteit van de bedrijfsvoering binnen de zorginstellingen. Voor de kwaliteit van de bedrijfsvoering vormen instrumenten als visitatie, INK-systemen of ISO-normering, en uiteindelijk certificering belangrijke hulpmiddelen. Benchmarking van instellingen moet het inzicht in de kwaliteit van de bedrijfsvoering vergroten en onderlinge vergelijkbaarheid mogelijk maken.

Een ander punt in het streven naar deze doelstelling is het arbeidsmarkt-vraagstuk. Op basis van het projectplan Arbeidsmarktproblematiek zorgsector voeren we in 2002 een aantal actiepunten uit. Verder verwijzen we naar de toelichting bij beleidsartikel 6 over arbeidsmarktbeleid. Naast algemene arbeidsmarktontwikkelingen is de realisatie van deze doelstelling voor een groot deel afhankelijk van het beleid van de instellingen. Arbeidsmarktbeleid is immers primair een zaak van CAO-partijen. Dat geldt ook voor de kwaliteit van de bedrijfsvoering. We kunnen hooguit een aanjaagfunctie vervullen en zodanige voorwaarden scheppen dat instellingen hun verantwoordelijkheid als werkgevers en CAO-partij zullen nemen. Samen met partijen dragen we daarnaast zorg voor het tot stand komen van een benchmark in de sector verpleging en verzorging en ondersteunen we de ontwikkeling van diverse moderne manieren van kwaliteitsbevordering.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Subsidiëring.* Subsidiëren van de benchmark bij verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Het ontwikkelde benchmarkmodel toetsen we in de praktijk. Naar verwachting kan in 2003 worden begonnen met het operationeel invoeren van benchmarking in de sector.
- b. *Ontwikkeling van de kwaliteit op instellingsniveau.* De volgende deelinstrumenten zijn in ontwikkeling:
 - Programma Kwaliteitsontwikkeling beroepsgroepen in de sector verpleging en verzorging.
 - Programma Kwaliteitsontwikkeling verpleeghuisartsen voor een samenhangend kwaliteitssysteem voor verpleeghuisartsen.
 - Basismodel voor beroepsinnovatie.
 - Project landelijk steunpunt gespecialiseerde verzorging.
- c. *Ontwikkeling van arbeidsmarktfaciliteiten.* Op basis van de uitkomsten van een in 2001 gemaakte analyse van de arbeidsmarktproblematiek bekijken we welke actiepunten, uit het projectplan Arbeidsmarktproblematiek, we in 2002 gaan uitvoeren. Daarnaast subsidiëren we de ontwikkeling van de volgende deelinstrumenten:

- Oprichting en implementatie verpleegkundige/verzorgende adviesraden binnen zorginstellingen.
- Interne visitatietrajecten bij instellingen om de knelpunten in de beroepsuitoefening op te lossen.
- Regionale ondersteuningsstructuren van verplegenden en verzorgenden.

5.2.5 Coördinatie en communicatie van het ouderenbeleid dat in de verschillende sectoren van de overheid wordt gevoerd

Ouderen willen, net als jongeren, zelf bepalen hoe zij hun leven inrichten en deelnemen aan het maatschappelijk leven. Het ouderenbeleid krijgt vorm bij gemeenten en provincies, bij verschillende departementen en ook internationaal. Samenwerking tussen betrokkenen komt nadrukkelijk in beeld. Verpleging, verzorging en dienstverlening maken daar deel van uit. Ook voor de beleidsterreinen wonen, inkomen, arbeid, welzijn, vervoer en educatie is aandacht voor ouderen nodig.

Om alle onderdelen van het ouderenbeleid in hun onderlinge samenhang te kunnen bezien, ontwikkelen we een «Monitor ouderenbeleid». Hierin wordt het beleid op dit terrein samenhangend gepresenteerd. Door deze monitor voorzien we in zowel coördinatie en wederzijdse informatievoorziening als in signalering van knelpunten. Om de participatie van ouderen te bevorderen en te ondersteunen, stellen we landelijke belangen- en cliëntenorganisaties in staat hun rol naar behoren te vervullen.

Intersectoraal ouderenbeleid is een zaak van diverse sectoren en departementen. De wijze waarop we de coördinatie kunnen uitvoeren, is daarmee voor een belangrijk deel afhankelijk van de medewerking van anderen. Onze verantwoordelijkheid beperkt zich daarom tot het systeem, de wijze van coördinatie.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Activiteiten.* Coördinatie van intersectoraal en internationaal ouderenbeleid door middel van de volgende activiteiten:
 - De «Monitor ouderenbeleid» die vanaf 2002 elk kwartaal verschijnt.
 - Concrete werkafspraken die tot stand komen in het Interdepartementaal netwerk ouderenbeleid (INO) waarvoor we het secretariaat vervullen.
 - Daarnaast wordt ook de coördinatiefunctie op internationaal niveau uitgevoerd. Dit komt tot uitdrukking in bijdragen aan supranationale organisaties en internationale overleggen en conferenties, zowel Europees als bilateraal als mondiaal.
- b. *Subsidiëring.* Subsidiëren van instellingen van organisaties van ouderen. Daarnaast subsidiëren we diverse specifieke projecten voor ouderenorganisaties, onder meer de voorlichting over de pas 65.

5.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	15 063	34 617	30 796	16 314	16 977	16 997	16 940
Uitgaven (totaal)	14 466	37 030	31 869	16 417	16 925	16 940	16 940
Programma-uitgaven (totaal)	12 033	34 030	28 546	13 775	14 283	14 298	14 298
– Tijdigheid en toegankelijkheid			1 080	657	566	430	430
– Passendheid en keuzevrijheid			17 239	3 611	3 454	3 552	3 552
– Informele zorg en preventie			5 148	2 879	2 879	2 879	2 879
– Kwaliteit en doelmatigheid			454				
– Communicatie en coördinatie ouderenbeleid			4 626	6 627	7 383	7 436	7 436
Apparaatsuitgaven	2 433	3 000	3 323	2 642	2 642	2 642	2 642
Ontvangsten	88 114	16 056	227	227	227	227	227

5.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	28 546	13 775	14 283	14 298	14 298
Juridisch verplicht in %	9,3	4,1	1,1	0,5	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	10,8	22,4	21,6	21,6	21,6

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats.

5.5 Groeiparagraaf VBTB

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr. 57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren. Onderdeel van de brancherapportage «Volksgezondheid» is het brancherapport «Care». Dit

brancherapport bevat gegevens en kengetallen en zal naar verwachting elk jaar worden uitgebracht. De gegevens uit het brancherapport kunnen aanleiding zijn om accenten in het gevoerde beleid te verleggen.

Voor de AWBZ-sectoren is met name de AWBZ-brede zorgregistratie van belang. De invoering van deze registratie zal leiden tot een doelmatige gegevensuitwisseling in de zorgketen en vergroot het inzicht in de vraag naar zorg en de mate waarin het aanbod daarin kan voorzien.

Initiatieven, zoals activiteiten op het gebied van standaardisatie en proefprojecten, om het gebruik van ICT-middelen in de zorg te bevorderen, faciliteren het streven de kwaliteit en toegankelijkheid van beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren.

Om de resultaten van de ingezette instrumenten meer dan nu in detail te kunnen verantwoorden, is een systematische en structurele opzet van informatiestromen nodig. Voor de zorg wordt dit voor een deel ontwikkeld bij het aanpakken van de wachtlijsten. Diverse projecten die in 2002 moeten worden uitgevoerd, met name de onder 5.2.1 genoemde subsidies, hebben tot doel om meer inzicht te verwerven in de beleidsresultaten en om tot een betere gegevensverzameling te komen. Daartoe wordt de monitor voor het ouderenbeleid en de benchmark van instellingen in de sector verpleging en verzorging ontwikkeld waarvan het ontwikkelingstraject in 2002 kan worden afgesloten.

In onderstaande tabel is weergegeven welke evaluaties op het terrein van verpleging, verzorging en ouderen zijn voorgenomen.

Tabel 1: voorgenomen evaluaties	
<i>Onderwerp</i>	Geplande uitvoering
Evaluatie van de beleidsregel dure geneesmiddelen in verpleeghuizen.	Tussentijds per kwartaal en definitief eind 2002

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

6.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het leveren van een bijdrage aan een adequaat functionerende arbeidsmarkt in VWS-sectoren om het beoogde voorzieningenniveau te kunnen leveren; daarnaast implementatie van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid van het kabinet.

Het leveren van een bijdrage aan een goede aansluiting van vraag en aanbod van personeel in de VWS-sectoren staat centraal in het arbeidsmarktbeleid. Voor de middellange termijn is het beleid gericht op het reduceren van de dreigende tekorten aan met name verplegend en verzorgend personeel. In deze kabinetsperiode wordt meer geld voor het terugdringen van de wachtlijsten uitgetrokken, waardoor er een grotere vraag naar gekwalificeerd verpleegkundig en verzorgend personeel ontstaat. Het gaat erom voldoende gekwalificeerd en gemotiveerd personeel aan te trekken en te behouden om de beoogde zorg te leveren. Als nevendoel geldt de implementatie van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid van het kabinet. Hierbij gaat het vooral om verhoogde arbeidsinzet van langdurig werklozen en allochtonen. De primaire verantwoordelijkheid berust bij de sociale partners.

In het arbeidsmarktbeleid vinden verschillende intensiveringen via de begrotingsgefinancierde sectorfondsen plaats. Een aantal belangrijke intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting is besloten, wordt hier kort toegelicht.

Bij Voorjaarsbrief zijn additionele middelen beschikbaar gekomen om conform de aanbevelingen van de commissie Van Rijn arbeidsmarkt-knelpunten aan te pakken. Hiervan is € 56,7 mln. structureel bestemd voor uitvoering van de jaarplannen van het arbeidsmarktconvenant Zorg en het arbeidsmarktconvenant Welzijn/Jeugdhulpverlening. In verband met het herintredersproject is dit bedrag in 2002 en 2003 tijdelijk opgehoogd tot respectievelijk € 60,4 en € 61,2 mln. Aanwendingsrichtingen zijn instroom (waaronder herintreders), behoud en arbo, verzuim en reïntegratie. Daarnaast zijn er twee sectoren die besloten hebben een deel van hun sectorspecifieke middelen in te zetten via het sectorfonds zorg. In de gehandicaptenzorg is ervoor gekozen om een deel van de middelen in te zetten via het sectorfonds zorg voor een ophoging van de tilhulpmiddelen-regeling en voor praktijkbegeleiding. De gezondheidscentra zetten de totale additionele middelen in via het sectorfonds zorg voor arbeidsmarktcommunicatie en werving en voor bevordering van de participatie van ouderen. Om de werkdruk in de GGZ aan te pakken is in het kader van de motie-Dijkstal c.s. (TK 2000–2001, 27 400 XVI) «Wachtlijsten en werkdruk GGZ» € 1,1 mln. ingezet ter facilitering van het arboconvenant GGZ. Wij hebben u hierover in onze brief van 4 april jl. geïnformeerd (TK 2000–2001, 27 400, nr. 44). Ter uitvoering van de motie-Dijkstal c.s. (TK 2000–2001, 27 400 XVI) is € 18,2 mln. beschikbaar gekomen voor opleidingen. Hiervan is € 6,8 mln. bestemd voor kwaliteitsverbetering van werk- en stagebegeleiding, € 9,1 mln. voor de stimulering van de instroom in vervolgoopleidingen tot gespecialiseerd verpleegkundige en initiële opleidingen, zoals radiotherapeutisch laborant en tenslotte is € 2,3 mln. bestemd als tegemoetkoming in de studiekosten en inkomensderving voor oudere werknemers. Bij de behandeling van de begroting 2001 hebben wij u over deze aanwending geïnformeerd.

¹ (zie ook: beleidsartikel 2, voor arbeidsmarktbeleid artsen en paramedici).

6.2 Operationele beleidsdoelstellingen

6.2.1 Het creëren van financiële en bestuurlijke randvoorwaarden voor een gerichte, structurele en integrale aanpak van arbeidsmarktknelpunten

In het kader van de arbeidsmarktconvenanten (Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) en Convenant Arbeidsmarktbeleid Welzijn en Jeugdhulpverlening (CAWJ)) hebben we concrete doelstellingen afgesproken om de dreigende tekorten op de arbeidsmarkt af te wenden. De oplossingen die de commissie Van Rijn heeft voorgesteld voor de arbeidsmarktknelpunten in de collectieve sector en meer specifiek voor de sector zorg en welzijn, kunnen een belangrijke impuls geven aan het halen van bovengenoemde doelstellingen.

Voor de implementatie van deze aanbevelingen heeft het kabinet bij Voorjaarsnota fiscale maatregelen aangekondigd en extra middelen beschikbaar gesteld. Bij de fiscale maatregelen gaat het om fiscale faciliteiten die als doel hebben om de participatie van herintreders, oudere werknemers (58+) en werklozen zonder startkwalificatie te bevorderen. Bij de extra middelen gaat het om € 274,5 mln. in 2001 en € 452,9 mln. in 2002. Deels worden deze middelen toegevoegd aan de instellingsbudgetten en deels komen de middelen via de sectorfondsen beschikbaar (zie Zorgnota). Voor de sectorfondsen hebben wij in 2001 en 2002 respectievelijk € 56,7 en € 60,4 mln. gereserveerd. Daarnaast hebben de Gehandicaptenzorg en de Gezondheidscentra gekozen voor een (gedeelte) inzet via de sectorfondsen. De additionele sectorfondsmiddelen zullen met name worden ingezet voor de financiering van activiteiten op het terrein van instroom (waaronder herintreders), behoud, regionaal beleid en arbo, verzuim en reïntegratiebeleid.

Het al dan niet bereiken van de doelstellingen uit de arbeidsmarktconvenanten wordt bepaald door meerdere factoren. De ontwikkeling van de economie, de demografie en de zorgvraag zijn van grote invloed op de realisatie van de doelstellingen. Daarnaast heeft wet- en regelgeving van met name de ministeries van VWS, Financiën en SZW grote invloed op de institutionele kaders waarbinnen het arbeidsmarktbeleid plaatsvindt.

Vervolgens hebben sociale partners een belangrijke rol, omdat zij primair verantwoordelijk zijn voor het arbeidsmarktbeleid. Onze rol is gericht op het bieden van de juiste financiële en bestuurlijke randvoorwaarden. We zijn dus niet verantwoordelijk voor de doelbereiking.

Het arbeidsmarktbeleid heeft positieve neveneffecten zoals het eerder genoemde positieve effect op de wachtlijsten. Daarnaast vertaalt goed personeelsbeleid zich direct door in het algemene functioneren van de instellingen. Ziekteverzuimbeleid leidt bijvoorbeeld niet alleen tot meer inzetbaar personeel, maar ook tot meer gemotiveerde medewerkers, meer tevreden cliënten en een betere financiële positie.

De centrale doelstelling in de arbeidsmarktconvenanten is het voorkomen van personeelstekorten. Naast de centrale doelstelling zijn concrete subdoelstellingen geformuleerd die een bijdrage leveren aan het realiseren van de centrale doelstelling. Belangrijke doelstellingen in CAZ-verband¹ zijn:

- In vier jaar halvering van het verschil in ziekteverzuim in de zorgsector ten opzichte van het gehele bedrijfsleven.
- In vier jaar halvering van het verschil in WAO-instroom in de zorgsector ten opzichte van de landelijke instroom.
- In vier jaar 20% meer instroom in opleidingen voor verplegend en verzorgend personeel.

¹ In het CAWJ zijn gelijksoortige subdoelstellingen opgenomen. Hier concentreren wij ons echter op de CAZ-doelstellingen, omdat de zorgsector in omvang een stuk groter is.

- In vier jaar 20% verbetering bij verloop van personeel.

Zowel voor het CAZ- als het CAWJ-programma is voorzien in monitoring en evaluatie van het ingezette beleid. Momenteel onderzoeken convenantpartijen op welke wijze en met welk tijdspad deze activiteiten het beste vorm kunnen krijgen.

In onderstaande tabel staan de realisatiecijfers in 2000 van bovenstaande subdoelstellingen, evenals het indicatieve pad naar de CAZ-doelstellingen in 2003. Het basisjaar van deze doelstellingen is 1999.

Tabel 1: realisatie CAZ-subdoelstellingen					
	1999 Realisatie	2000 Realisatie	2001 Raming	2002 Raming	2003 Raming
Ziekteverzuim zorg en welzijn	7,8%	7,8%	7,4%	7,0%	6,6%
WAO-instroom zorg en welzijn	1,8%	1,8%	1,8%	1,7%	1,6%
Instroom opleidingen V&V	20 663	17 858	20 140	22 420	24 700
Netto-Verloop V&V*	4,7%	5,4%	4,9%	4,3%	3,8%

* de cijfers over het verloop zijn exclusief thuiszorg; verloop 2000 is een raming omdat de cijfers over de GGZ nog ontbreken.

Het ziekteverzuim en de WAO-instroom is in de sector volksgezondheid en welzijn met 7,8% en 1,8% relatief hoog. Landelijk was het ziekteverzuim in 2000 5,5% en de WAO-instroom 1,5%. Binnen de sector volksgezondheid en welzijn zijn de verschillen tussen de deelsectoren groot. In de ziekenhuissector was het gemiddelde ziekteverzuim bijvoorbeeld 6,6% en in de thuiszorg 10,2%. Ook binnen de deelsectoren is op instellingsniveau de spreiding van het ziekteverzuim groot.

Met betrekking tot de instroom van leerlingen in de opleidingen voor verpleging en verzorging laten de jaren 1998 en 1999 een stijging zien van 9% en 13% ten opzichte van het daaraan voorafgaande jaar. De instroom in 2000 is volgens voorlopige berekeningen van Prismant ten opzichte van 1999 gedaald met 14%. Overigens ligt de instroom in 2000 daarmee nog altijd 7% boven het niveau van 1997.

In de tweede helft van de jaren negentig heeft een daling van het aantal geslaagden uit het voortgezet onderwijs plaatsgevonden. Als we de instroom van de opleidingen voor verpleging en verzorging en voor welzijn in dit demografische perspectief bekijken dan kan worden geconstateerd dat de relatieve instroom van deze opleidingen ten opzichte van het aantal geslaagden uit het voortgezet onderwijs, met een «aandeel» van ongeveer 24%, de afgelopen jaren constant is gebleven.

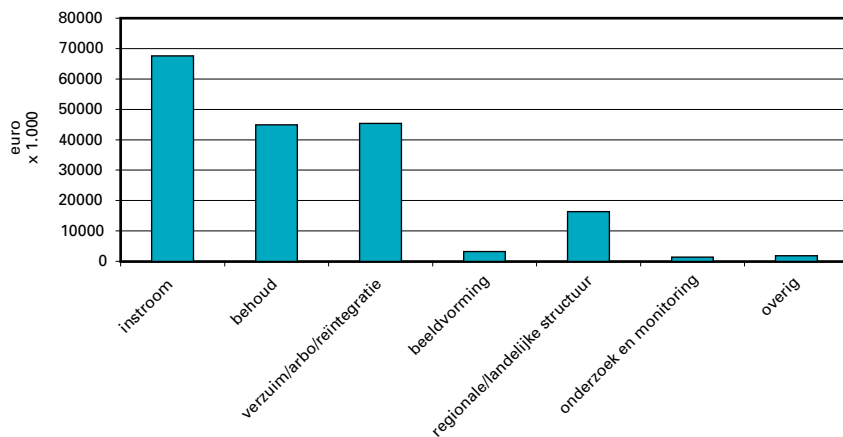
Volgens RegioMarge 2000 (beleidsscenario CAZ) bedragen de mogelijke tekorten aan verplegend en verzorgend personeel ongeveer 3,8% in 2005 (zie ook hoofdstuk 3 van de Zorgnota). Doordat de arbeidsmarkt in zorg en welzijn steeds krappere wordt, kan het voldoen aan de zorgvraag onder druk komen te staan. De sector staat de komende jaren dus voor grote uitdagingen op het gebied van de arbeidsmarkt. Hoopgevend is dat de sector de afgelopen jaren ook tijdens de toenemende krapte op de arbeidsmarkt veel extra personeel heeft kunnen aantrekken (zie tabel 2). Tussen 1995 en 2000 is het aantal werkzame personen in de sector zorg en welzijn met 133 000 personen gegroeid.

Tabel 2: personeelsontwikkeling sector zorg en welzijn

	1995	1998	2000
Werkzame personen	831 000	925 000	964 000
Fte's	569 400	645 000	677 400
Aantal banen	890 000	1 000 000	1 040 000

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Overleggen en afspraken met sociale partners.* Overleggen en afspraken maken met sociale partners met name in het kader van het CAZ en CAWJ. We nemen als medeondertekenaar van de arbeidsmarktconvenanten deel aan het overleg over de uitwerking van de convenanten. Dit overleg mondt jaarlijks uit in Jaarplannen met daarin per speerpunt de maatregelen voor het komende jaar en de daaraan gekoppelde effecten. Tevens wordt gedurende het jaar ingespeeld op actuele ontwikkelingen, bijvoorbeeld de komst van buitenlandse verpleegkundigen. Naast de arbeidsmarktconvenanten hebben we ook een belangrijke initiërende en stimulerende rol bij bijvoorbeeld de totstandkoming en implementatie van arboconvenanten.
- b. *Subsidiëring.* Subsidiëren van:
 - Sectorfondsen op basis van hun jaarlijkse activiteitenplannen en jaarverslagen. Voor de sectoren die zijn aangesloten bij een van de bovengenoemde arbeidsmarktconvenanten gelden de Jaarplannen, die in convenantverband zijn vastgesteld, als kader voor het beoordelen van de activiteitenplannen. Voor de overige sectoren (zoals ambulancepersoneel en apothekersassistenten) gelden de zogenoemde VISIE-criteria (VISIE staat voor: Vernieuwing, Integraal, Samenwerking, Informatie en Efficiënt/Effectief) als kader voor het toetsen van de activiteitenplannen. In de VISIE-notitie geven we jaarlijks aan welke speerpunten belangrijk zijn voor het arbeidsmarktbeleid. Na afloop van het subsidiejaar leggen de sectorfondsen verantwoording af over de bestedingen en de bereikte resultaten in het afgelopen jaar. Op basis hiervan vindt definitieve afrekening plaats.
 - Onderzoeksprogramma's bij de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktbeleidsonderzoek. In het kader van de arbeidsmarktconvenanten worden onderzoeksprogramma's uitgevoerd, die gericht zijn op de onderbouwing en de ontwikkeling van het arbeidsmarktbeleid in zorg en welzijn. Daarnaast is er een algemeen interdepartementaal onderzoeksprogramma waarin de arbeidsmarkt van de collectieve sector centraal staat. We leveren een financiële bijdrage aan deze onderzoeksprogramma's en zijn direct betrokken bij de keuze van de onderzoeksobjecten.
 - Projecten en overige incidentele activiteiten op het terrein van het arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid.

Figuur 1: raming bestedingen 2002 sectorfondsen

Toelichting: de bestedingen van de sectorfondsen over 2002 zijn nog onder voorbehoud.

6.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	181 057	322 320	199 851	196 208	180 942	171 186	171 186
Uitgaven (totaal)	127 555	212 243	204 263	196 208	180 942	171 186	171 186
Programma-uitgaven (totaal)	124 490	208 093	200 676	193 052	178 240	169 028	169 028
– Structurele aanpak arbeidsmarktknelpunten			200 676	193 052	178 240	169 028	169 028
Apparaatsuitgaven	3 065	4 150	3 587	3 156	2 702	2 158	2 158
Ontvangsten	59 679	4 743	0	0	0	0	0

6.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	200 676	193 052	178 240	169 028	169 028
Juridisch verplicht in %	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	53,8	49,5	48,1	50,7	50,7

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan

de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats.

6.5 Groeiparagraaf

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr. 57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren.

In het najaar van 2001 sturen we het Integrerend OSA-Rapport en de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (RAZW) aan de Tweede Kamer.

De opgenomen prestatiegegevens voor ziekteverzuim en WAO zijn voornamelijk gericht op de hele sector zorg en welzijn. In het kader van de arbeidsmarktconvenanten voor de Zorg en Welzijn/Jeugdhulpverlening wordt gekeken of er voor de prestatiegegevens een onderscheid naar Welzijn/Jeugdhulpverlening en Zorg kan worden gemaakt.

In onderstaande tabel is samenvattend weergegeven welke evaluaties op het terrein van arbeidsmarktbeleid zijn voorgenomen.

Tabel 3: voorgenomen evaluaties	
<i>Onderwerp</i>	<i>Geplande uitvoering</i>
Evaluatie en monitoring van het ingezette beleid voor het CAZ-programma	Nog af te stemmen met sociale partners
Evaluatie en monitoring van het ingezette beleid voor het CAWJ-programma	Nog af te stemmen met sociale partners

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

BELEIDSARTIKEL 7: JEUGDBELEID

7.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Onder het motto «Supporter van de jeugd» willen we bereiken dat jongeren een sterke positie hebben, houden of krijgen in de samenleving, dat hun kansen daarop zo groot mogelijk zijn en dat we sociale achterstand of uitval tegengaan. Daarom werken we zowel aan ontwikkelingskansen voor jongeren als aan oplossingen voor hun problemen. We willen ons beleid niet alleen richten op problematische jeugd maar minstens zoveel aandacht besteden aan kansvergroterend beleid. Met dat beleid kunnen we problemen voorkomen en het beroep op zorg verminderen. Uiteraard zijn ouders in de eerste plaats verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kinderen. Ons beleid is gericht op het scheppen van de juiste voorwaarden op bestuurlijk niveau. Hiervoor moeten we samenhang aanbrengen in het jeugdbeleid van overheden, een sluitend stelsel van voorzieningen voor jeugdigen realiseren en goed jeugdbeleid ontwikkelen dat jongeren aanspreekt.

Hieronder worden naast de intensiveringen 2002 ook de bij Voorjaarsnota in 2001 beschikbaar gestelde additionele middelen toegelicht.

Zoals aangekondigd in het Regeerakkoord komt er een nieuwe Wet op de jeugdzorg die alle vormen van jeugdzorg en jeugdhulpverlening integreert. Ter voorbereiding van deze wet, die naar we voorzien per 1 januari 2003 in werking treedt, hebben we in overleg met alle betrokken partijen een zogenoemd implementatieprogramma opgesteld om de overstap op het nieuwe wettelijke regiem zo gemakkelijk mogelijk te maken. In 2002 is hiervoor € 3,6 mln. beschikbaar.

Als onderdeel van de jeugdhulpverlening besteden we extra aandacht aan de pleegzorg. Omdat het aantal pleeggezinnen daalt, starten we eind 2001 met een campagne om meer pleeggezinnen voor pleegzorg te interesseren. We hebben dat onder meer aantrekkelijker gemaakt door de pleegvergoeding te verhogen, waardoor pleegouders ook een betere ondersteuning kunnen krijgen. Onder andere hiervoor is vanaf 2002 structureel € 11,8 mln. beschikbaar gekomen.

Om de wachtlijsten bij met name het Bureau Jeugdzorg en de AMK's weg te werken wordt in 2001 eenmalig € 8,2 mln. extra geïnvesteerd. Deze investering zal in 2002 moeten leiden tot een reductie van deze wachtlijsten.

In het Regeerakkoord 1998 is de doelstelling geformuleerd het aantal kinderopvangplaatsen per ultimo 2002 met circa 72000 uit te breiden. Dit aantal zullen we op grond van de stand eind 2000 (+ 32000) en de prognoses gaan halen.

De nieuwe Wet basisvoorziening kinderopvang die we aan het voorbereiden zijn, vormt een nieuw wettelijk kader voor de kinderopvang in de toekomst. De vraag naar kinderopvang komt centraal te staan. Ook voor de inwerkingtreding van deze wet bereiden we een implementatieprogramma voor om de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen. Hiervoor hebben we in 2002 € 8,2 mln. aan extra middelen gereserveerd.

Relatie met de Welzijnsnota

De middelen die op dit beleidsartikel worden ingezet om de doelstellingen van de Welzijnsnota te verwezenlijken worden afzonderlijk toegelicht.

7.2 Operationele doelstellingen

7.2.1 Het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg

Samen met onze collega-bewindslieden van Justitie zijn we verantwoordelijk voor het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg voor de ondersteuning van jongeren en ouders bij (dreigende) problemen. Wij zijn eindverantwoordelijk voor het waarborgen van een stelsel van jeugdhulpverlening dat zo goed mogelijk voorziet in de vraag. Tevens hebben wij een coördinerende taak op het gebied van de jeugdzorg. Jeugdzorg omvat naast de jeugdhulpverlening ook de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen en de jeugdbescherming.

In het huidige Regeerakkoord is afgesproken dat er een nieuwe Wet op de jeugdzorg komt om een eenduidige aansturing en financiering van de jeugdzorg te realiseren. Tevens zijn Meerjarenaafspraken gemaakt om het vernieuwingsproces, dat met Regie in de jeugdzorg in gang is gezet, te continueren. Deze begroting is nog gebaseerd op de huidige Wet op de jeugdhulpverlening. De provincies en de grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor de planning van een regionaal aanbod aan jeugdhulpverlening en voor het realiseren van voldoende aanbod voor alle jeugdigen waarop een maatregel van justitiële kinderscherming van toepassing is. Zij ontvangen hiervoor van het Rijk een doeluitkering. De ontwikkeling van de vraag naar jeugdzorg is afhankelijk van een complex van factoren zoals demografische ontwikkelingen, integratie van jeugdigen in de samenleving, gezinssituatie en school.

Samen met de provincies en grootstedelijke regio's zijn we bezig één centrale toegang tot de jeugdzorg per provincie te vormen: het Bureau Jeugdzorg. Dit moet ten eerste bijdragen aan het in beeld brengen van de hulpvraag van de cliënt. Ten tweede moet het Bureau Jeugdzorg regelen dat de cliënt daadwerkelijk de juiste hulp krijgt. Het gemiddelde bezettingspercentage en de gemiddelde duur van de hulpverlening geven een indruk van de doelmatigheid van het gebruik van de capaciteit. De gemiddelde omvang van de wachtlijsten en de wachttijden geven een indicatie of de beschikbare capaciteit aan jeugdhulpverlening toereikend is om in de vraag te voorzien.

Tabel 1: regionale capaciteit jeugdhulpverlening (uitgedrukt in aantal plaatsen), uitgesplitst per hoofdtype jeugdhulpverlening

	1998 realisatie	1999 realisatie	2000 realisatie	2001 raming	2002 raming
Ambulant	€ 66,7 mln	€ 89,9 mln	€ 120,3 mln	€ 116,2 mln	€ 137,0 mln
Dagbehandeling	4 800	5 139	4 622	5 086	4 862
Pleegzorg	8 127	8 026	7 659	7 982	8 016
Residentieel	6 973	6 730	6 649	6 665	6 513

Bron: Provinciale jaarverslagen en jaarplannen jeugdhulpverlening.

Toelichting:

De capaciteit voor ambulante hulp wordt uitgedrukt in een bedrag, omdat ambulante hulpverlening geen vaste capaciteit in de vorm van beschikbare plaatsen kent. Dit bedrag laat een stijging zien. Dit wordt mede

veroorzaakt doordat het budget voor de Bureaus Jeugdzorg en de Advies- en meldpunten kindermishandeling (AMK) hier deel van uitmaakt. Provincies en grootstedelijke regio's ramen het bedrag voor de Bureaus Jeugdzorg in 2002 op ruim € 59,0 mln. en voor de AMK's op € 9,5 mln. De lichte daling in 2001 wordt veroorzaakt doordat deze gegevens gebaseerd zijn op ramingen in het voorgaande jaar. De toename van ambulante hulpverlening en het vrijwel constant blijven van de capaciteit van de overige hulpvormen vloeit voort uit het beleid de jeugdige zo licht mogelijk en zo dichtbij mogelijk te helpen. Gegevens over het aantal personen dat met ambulante hulpverlening bereikt is, zijn momenteel niet beschikbaar. Registratie in het nieuwe stelsel zal erop gericht zijn het gebruik van de diverse hulpvormen in kaart te brengen.

Tabel 2: gemiddeld bezettingspercentage, uitgesplitst per hoofdtype jeugdhulpverlening

	1998 reali- satie	1999 reali- satie	2000 reali- satie	2001 raming	2002 Raming
Dagbehandeling	100	95	86*	95	95
Pleegzorg	92	99	76*	95	95
Residentieel	90	92	88	95	95

Bron: Stichting Registratie Jeugdvoorzieningen (SRJV). De gegevens zijn gebaseerd op een respons van 60% tot 85% van de instellingen in de jeugdhulpverlening. De gemarkeerde (*) gegevens zijn op een lager responspercentage gebaseerd.

Toelichting:

In de huidige situatie ontvangen zorgaanbieders een budget op basis van hun capaciteit en wordt afgerekend op basis van het gerealiseerde bezettingspercentage. Wanneer het bezettingspercentage beneden de 90% ligt, volgt een korting.

Tabel 3: gemiddelde behandelingsduur in maanden, uitgesplitst per hoofdtype jeugdhulpverlening

	1998 reali- satie	1999 reali- satie	2000 reali- satie	2001 raming	2002 Raming
Ambulant (vrij toegankelijk)	8	9	9	9	8
Ambulant (geïndiceerd)	8	6	9	9	8
Dagbehandeling	14	14	14	14	14
Pleegzorg	20	20	21	21	21
Residentieel	8	7	7	7	7

Bron: Stichting Registratie Jeugdvoorzieningen (SRJV). De gegevens zijn gebaseerd op een respons van 60% tot 80% van de instellingen in de jeugdhulpverlening.

Toelichting:

De gemiddelde behandelingsduur in de jeugdhulpverlening blijft nagenoeg constant. Naar verwachting zal door de nieuwe Wet op de jeugdzorg de behandelingsduur enigszins korter worden.

Tabel 4: gemiddelde wachttijd in weken tussen aanmelding en aanvang hulp, uitgesplitst per hoofdtype jeugdhulpverlening

	2000 reali- satie	2001 raming	2002 raming	2003 raming	2004 raming
Ambulant (vrij toegankelijk)	7	5	3	2	2
Ambulant (geïndiceerd)	9	8	8	8	8
Dagbehandeling	14	13	12	8	8
Pleegzorg	10	8	8	8	8
Residentieel	8	8	8	8	8

Bron: Stichting Registratie Jeugdvoorzieningen (SRJV). De gegevens zijn gebaseerd op een respons van 60% tot 80% van de instellingen in de jeugdhulpverlening.

Toelichting:

De geraamde wachttijd voor 2003 en verdere jaren is gebaseerd op de systeemeisen voor de Bureaus Jeugdzorg zoals deze zijn vastgelegd in de Meerjarenafspraken jeugdzorg. De huidige gemiddelde wachttijden moeten korter worden om aan deze eisen te kunnen voldoen.

Tabel 5: gemiddeld aantal jeugdigen dat meer dan 30 werkdagen wacht op aanvang hulp, uitgesplitst per hoofdtype jeugdhulpverlening

	1998 reali- satie	1999 reali- satie	2000 reali- satie	2001 raming	2002 raming
Ambulant	109	964	998	500	250
Dagbehandeling	700	780	489	250	125
Pleegzorg	16	–	56	30	15
Residentieel	308	380	202	100	50

Bron: Stichting Registratie Jeugdvoorzieningen (SRJV). De gegevens zijn gebaseerd op een respons van 60% tot 85% van de instellingen in de jeugdhulpverlening.

Toelichting:

Door een toenemend aantal jeugdigen dat de weg naar de jeugdzorg weet te vinden vanwege de vorming van één laagdrempelige toegang, zijn de afgelopen jaren de wachtlijsten toegenomen. Voor de aanpak van de toenemende wachtlijsten is in mei 2001 de commissie Aanpak Wachtlijsten Jeugdzorg ingesteld. De commissie biedt in september 2001 haar eindrapport aan. In de Voortgangsrapportage beleidskader jeugdzorg 2002–2005, die op hetzelfde moment als de rijksbegroting aan de Tweede Kamer wordt aangeboden, gaan we uitgebreider in op de resultaten van de commissie. Met de nieuwe Wet op de jeugdzorg wordt, naar we verwachten, per 1 januari 2003 het recht op jeugdzorg geïntroduceerd. Na indicatie moet de zorg dan binnen aanvaardbare tijd aanvangen.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. ***Specifieke uitkeringen.*** Een doeluitkering op basis van de Wet op de jeugdhulpverlening. De extra financiële middelen in het kader van de Meerjarenafspraken jeugdzorg vormen een deel van deze doeluitkering. Het gaat hier om een bedrag van € 7,7 mln. in 1999 oplopend tot € 49,9 mln. in 2002. Voor verhoging van de pleegvergoeding en versterking van de organisaties voor pleegzorg is in

2002 € 11,8 mln. toegevoegd. In verband met verbetering van de arbeidsvoorwaarden in de jeugdhulpverlening is in 2002 € 46,8 mln. extra beschikbaar.

- b. *Meerjarenafspraken Jeugdzorg.* Deze afspraken beogen de vorming van een toegang tot de jeugdzorg (Bureau Jeugdzorg) per provincie, de vorming van een landelijk dekkend netwerk van Advies- en meldpunten kindermishandeling, het terugdringen van wachtlijsten in de jeugdzorg en het versterken van de aansluiting tussen jeugdzorg en lokaal beleid. Voor de inzet van de extra middelen in 2002 sluiten we vijftien convenanten met provincies en grootstedelijke regio's als voorbereiding op het in werking treden van de nieuwe Wet op de jeugdzorg.
- c. *Subsidiëring.* We zetten subsidies in voor:
- Het instandhouden van steunfuncties voor de jeugdhulpverlening voor bijvoorbeeld zorgvernieuwing, deskundigheidsbevordering en informatievoorziening (bijvoorbeeld het NIZW en de Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen).
 - Het uitvoeren van onderzoek en experimenten gericht op zorgvernieuwing. Hiervoor subsidiëren we diverse projecten, zoals Youth at Risk en Interculturalisatie van de jeugdzorg.
 - Het uitvoeren van projecten gericht op de implementatie van de Wet op de jeugdzorg op het terrein van onder andere kwaliteitszorg, zorgprogrammering, beleidsinformatie en de aansluiting tussen jeugdzorg en onderwijs.
 - Het realiseren van een aanbod aan jeugdhulpverlening met een landelijke doelstelling. Voor ambulante hulp is in 2002 € 0,1 mln. beschikbaar. De capaciteit voor residentiële hulp (in 1998 en 1999 575 plaatsen) is inclusief 50 plaatsen van het Glen Mills-project van de Hoenderloo groep. Per 1 januari 2003 wordt de financiering en aansturing van de landelijke instellingen gedecentraliseerd naar de provincies en grootstedelijke regio's.
- d. *Handhaving.* De Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming toetst de kwaliteit van de hulpverlening. Zie beleidsartikelonderdeel 11c.

7.2.2 Het scheppen van adequate randvoorwaarden voor een toereikende kwaliteit en voldoende aanbod van kinderopvang ten behoeve van de combinatie arbeid en zorg

Het kinderopvangbeleid schept de randvoorwaarden voor het tot stand komen van een voldoende aanbod van kinderopvang zodat ouders arbeid en zorg beter kunnen combineren. Voldoende aanbod betekent dat het kinderopvangaanbod zowel kwalitatief als kwantitatief zo veel mogelijk wordt afgestemd op de behoefte. De voorwaarden voor de kinderopvang willen we opnieuw vormgeven en uiteindelijk verankeren in de Wet basisvoorziening kinderopvang (rijksbijdrage voor ouders, kwaliteitsregels en toezicht).

Onze verantwoordelijkheid bij de uitbreiding van het kinderopvangaanbod is naast de financiële stimuleringsmaatregel gelegen in het begeleiden van gemeenten, instellingen en andere marktpartijen, zodat de taakstelling kan worden gehaald. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt echter bij de instanties die de kinderopvangplaatsen creëren, dat zijn gemeenten en exploitanten.

Bij de realisatie zijn verschillende factoren van invloed, zoals bestemmingsplannen, demografische gegevens (bevolkingsdichtheid, religie en politieke overtuiging) en kennis. Daarnaast spelen punten van

ruimtelijke ordening (accommodaties) en arbeidsmarkt (beschikbaarheid personeel). In samenwerking met SZW en marktpartijen trachten we hiervoor oplossingen te vinden.

De Wet basisvoorziening kinderopvang komt in samenwerking met de departementen van SZW en Financiën tot stand. SZW heeft de verantwoordelijkheid voor specifieke doelgroepen, de inkomenseffecten en de werkgeversbijdrage. Financiën is betrokken vanuit het oogpunt dat de juiste prikkels uitgaan naar werkgevers en werknemers, de marktwerking optimaal wordt bevorderd en dat het nieuwe stelsel budgettair beheersbaar is.

Voor de periode tot 2003 is een extra uitbreiding van de opvangcapaciteit voorzien van 72000 plaatsen. Dit betekent een stijging van 126 000 plaatsen in 2000 naar 198 000 in 2003. We laten de loop van de uitbreidingsoperatie via een jaarlijkse (SGBO) monitor in beeld brengen.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Wetgeving.* Wet basisvoorziening kinderopvang en onderliggende uitvoeringsregelingen. In 2002 voeren we een intensieve communicatieaanpak uit voor de invoering van de wet, deels doorlopend in 2003, gericht op de partijen die betrokken zijn bij de uitvoering (gemeenten, werkgevers, werknemers en instellingen voor kinderopvang). De beoogde inwerkingtreding van de wet is 1 januari 2003. Na de inwerkingtreding van de WBK laten we drie- tot vijfjaarlijks een evaluatieonderzoek uitvoeren naar de werking van de wet.
- b. *Subsidiëring/specifieke uitkeringen.* Subsidiëring van en verstrekken van specifieke uitkeringen aan:
 - Gemeenten gericht op de uitbreiding van de capaciteit in de kinderopvang met 72000 plaatsen eind 2002. In 2003 vindt de afrekening met gemeenten plaats op basis van het aantal kinderopvangplaatsen dat ze daadwerkelijk hebben gerealiseerd. Aan deze regeling zijn fiscale aspecten verbonden. Het gaat om de Wet vermindering afdracht loonbelasting en premie volksverzekeringen en buitengewone lasten aftrek in de Inkomstenbelasting.
 - Gemeenten en instellingen voor ondersteuning bij de uitbreiding. Onder andere is hiervoor het «Netwerkbureau» opgestart. Verder: bekostiging Waarborgfonds Kinderopvang en partiële bekostiging van de Belangenvereniging van Ouders in de Kinderopvang (BoinK). Subsidie voor de verbetering van kwaliteit en toezicht. Gemeenten krijgen subsidie voor de uitbreiding van de inspectie, onder andere in verband met het toenemend aantal voorzieningen voor kinderopvang en voor het wegwerken van bestaande tekorten in het toezicht. De werkgeversverenigingen in de kinderopvang ontvangen subsidie voor de verdere implementatie van het door hen ontwikkelde kwaliteitsstelsel, naar verwachting zal dit stelsel vanaf 1 januari 2004 ook in financieel opzicht zelfvoorzienend zijn.
 - Oprachten en subsidies voor onderzoek en vernieuwing. Onder meer voor het project «Tieneropvang» om via lokale projecten ervaring op te doen met opvang voor jongeren van twaalf tot zestien jaar. De commissie Tieneropvang brengt in 2002 haar advies uit. Een ander voorbeeld zijn de pilots pedagogische vernieuwing met als doel de versterking van de pedagogische functie van kinderopvang als voorziening in de buurt. De pilots worden in 2002 geëvalueerd.

7.2.3 De instandhouding van een aanbod van internaten voor de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen van binnenschippers en kermisexploitanten

Volgens de leerplichtwet is het niet toegestaan dat kinderen steeds van andere scholen gebruik (moeten) maken. Daarom financieren we de instandhouding van internaten of pleeggezinnen voor de huisvesting, verzorging en opvoeding van leerplichtige kinderen van binnenvaartschippers, kermisexploitanten en circusartiesten die een wisselende woonplaats hebben.

We verstrekken – vanaf 1 januari 2001 – per werkelijk geplaatst kind een subsidiebedrag (normbedrag) aan één Centrale Stichting (Subsidie-regeling Welzijnsbeleid). Hiermee bereiken we dat de totale subsidie aansluit op het (dalend) aantal kinderen dat op het aanbod is aangewezen. De Centrale Stichting (CENSIS) is verantwoordelijk voor de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten in internaten of pleeggezinnen. Door middel van een (nog te plannen) evaluatieonderzoek zal de werking van het stelsel worden gevolgd.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidie per werkelijk geplaatst kind aan de stichting CENSIS. Over het aantal kinderen dat van het aanbod gebruik maakt en daarmee van de instandgehouden capaciteit, kunnen we de volgende gegevens verstrekken.

Tabel 6: capaciteit internaten						
Jaar	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kinderen	1 470	1 410	1 365	1 340	1 300	1 270

Bron: CENSIS

CENSIS zal jaarlijks een onderzoek verrichten bij de internaten naar de werkelijk gemaakte kosten van de internaten. In 2003 zal op basis van de ontwikkelde benchmark naar de normbedragen in de subsidie gekeken worden.

Ontvangsten

De ouders/verzorgers van de kinderen in internaten of pleeggezinnen betalen een eigen bijdrage. Deze is sinds 1 januari 2001 inkomensafhankelijk en kent een jaarlijkse indexering.

Tabel 7: eigen bijdrage (bedragen x € 1 mln)					
Jaar	2001	2002	2003	2004	2005/ 2006
Ontvangsten	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5/1,5

7.2.4 Bijdrage aan de Welzijnsnota

Programmaliijn 1 – Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid

We bevorderen jeugdparticipatie met als doel het vergroten van de maatschappelijke betrokkenheid, actief burgerschap en invloed van jeugd op zaken die haar aangaan. Kaders voor dit beleid zijn het VN-verdrag voor de Rechten van het Kind en het Bestuursakkoord Nieuwe Stijl. Wij zijn verantwoordelijk voor de facilitering en ontwikkeling van infrastructuur voor jeugdparticipatie en vergroting van het maatschappelijk draagvlak voor jeugdparticipatie.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

a. *Subsidiëring.* Subsidiëren van:

- De Stichting Nationale Jeugdraad (NJR) voor de facilitering en aansturing van de uitvoering. Werking en resultaten van de NJR evalueren we in 2004. Daarbij gaat het zowel om het bereik van de NJR onder jeugdigen als om de producten van de NJR.
- Landelijke Jeugdorganisaties. Belangrijk element hierin is een projectentender waarop LJO's met hun innovatieve projecten intekenen. 24 LJO's maken gebruik van de regeling. Bij de 24 organisaties zijn ongeveer 400 000 jongeren aangesloten. De LJO's voeren jaarlijks ongeveer 40 à 50 innovatieve projecten uit. Najaar 2001 komt een extern onderzoek gereed naar de werking en de systematiek van de subsidieregeling.

b. *Uitvoering EU-Jeugdprogramma.* Voor de uitvoering van het EU-Jeugdprogramma hebben we het NIZW-International Centre voorlopig (voor 2 jaar) als Nationaal Agentschap aangewezen. Het functioneren en de resultaten van het Nationaal Agentschap voor het EU-jeugdprogramma evalueren we in 2002.

Tabel 8: deelname jongeren aan het EU-jeugdprogramma

	2000	2001	2002	2003	2004
Naar buitenland (kort)	750	1 000	1 500	2000	2000
Vrijwilligerswerk in buitenland	60	85	150	200	200
Uit buitenland (kort)	750	1 000	1 500	2000	2000
Vrijwilligers uit buitenland	60	85	150	200	200

Bron: NIZW/NA (cijfers van het Nationaal Agentschap op basis van de beschikbare middelen voor deze programma's in de komende periode).

Programmaliijn 3 – Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid

Binnen deze programmaliijn werken we onze activiteiten verder uit die bij de afspraken in het Bestuursakkoord nieuwe stijl (BANS) over jeugdbeleid zijn gemaakt. Het welzijnsbeleid voor jeugdigen is gedecentraliseerd naar gemeenten en provincies. Bij de uitvoering van dit beleid zijn OCenW, Justitie, BZK, SZW en GSI nauw betrokken. De evaluatie van het BANS-akkoord staat eind 2002 op het programma.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidiëren van:

- Bezoekcommissie BANS. Deze commissie adviseert gemeenten, provincies en departementen over de praktijk van de onderlinge

- samenwerking. Dit moet leiden tot afspraken over stroomlijning van het beleid en samenwerking tussen de bestuurslagen.
- Het VNG Project Lokaal Jeugdbeleid, gericht op de ontwikkeling van een eigen jeugdbeleid bij gemeenten. Het percentage gemeenten dat actief samenhangend jeugdbeleid voert, was in 1999 60. Voor 2002 streven we naar een percentage van 80.
 - De ontwikkeling van de brede school samen met OCenW. De essentie van de brede school is samenwerking tussen scholen en instellingen in de wijk om te komen tot een sluitend netwerk van voorzieningen voor kinderen en hun ouders. In 2002 waren er 172 gemeenten met 300 brede scholen. Voor 2004 streven we naar 500 gemeenten met 700 brede scholen.
 - Pilotprojecten en activiteiten op het gebied van werkontwikkeling. Deze projecten ontwikkelen methodieken voor gemeenten om een samenhangende Opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering (O&O) te realiseren. Bij gebleken succes wordt een advies tot implementatie opgesteld. In 2002 komen tevens tussentijdse gegevens beschikbaar over de (verdere) ontwikkeling van programma's van opvoedingsondersteuning, bedoeld om maatschappelijke achterstanden, ontwikkelingsrisico's en uitval van kinderen en jongeren in probleemgezinnen tegen te gaan.
 - Activiteiten en de realisatie van de VVE-makelaar voor voor- en vroegschoolse educatie. VVE maakt deel uit van de GOA-monitor (GOA: Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid). De middelen hiervoor staan op het OCenW-deel van de rijksbegroting.

Programmalijn 5 – Onderzoek, monitoring en informatievoorziening

Voor samenhangend interbestuurlijk en intersectoraal jeugdbeleid van overheden is een goede kennis- en informatievoorziening een voorwaarde.

Wij zijn verantwoordelijk voor de facilitering van de uitvoerende instanties die op de onderscheiden beleidsgebieden werkzaam zijn, zoals het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het International Centre van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW/IC) en het Nederlands Instituut voor Classificatie van Audiovisuele Media (NICAM).

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Het verstrekken van structurele subsidies, projectsubsidies en opdrachten voor:

- Kennis en informatie voor beleid. Voortgang en resultaten van het gevoerde kennis- en informatiebeleid worden gepubliceerd in jaarlijks uit te brengen programmeringsnotities.
- Internationale samenwerking. In 2002 is onder meer een rapportage over de implementatie van het VN-verdrag Rechten van het Kind gepland. Wij dragen – samen met andere departementen – zorg voor inbreng van ons land, implementatie van uitkomsten, verslaglegging en verantwoording hiervan.
- De bescherming van jeugdigen. De instandhouding van het NICAM en de resultaten van het in 2002 uitgevoerde evaluatieonderzoek naar de werking van het systeem.

7.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	764 802	796 023	730 890	746 017	743 031	740 795	743 518
Uitgaven (totaal)	702 425	850 409	876 862	749 977	745 880	743 518	743 518
Programma-uitgaven (totaal)	698 624	846 913	873 894	747 654	743 557	741 195	741 195
– Ontwikkelen en waarborgen adequaat stelsel							
Jeugdzorg			674 942	673 390	673 454	671 123	671 123
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			623 450	623 268	623 495	623 495	623 495
– Kwantitatief toereikend aanbod van kinderopvang			154 855	31 386	27 430	27 653	27 653
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			154 855	31 386	27 430	27 653	27 653
– Instandhouding internaten kinderen binnenschippers			25 809	24 981	24 780	24 524	24 524
– Bijdrage aan de Welzijnsnota			18 287	17 897	17 894	17 894	17 894
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			266				
Apparaatsuitgaven	3 801	3 496	2 968	2 323	2 323	2 323	2 323
Ontvangsten	16 542	10 005	8 740	8 211	8 030	7 984	7 984

7.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	873 894	747 654	743 557	741 195	741 195
Juridisch verplicht in %	16,7	0,6	0,1	0,0	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	65,8	77,0	77,4	77,6	77,6

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats.

7.5 Groeiparagraaf VBTB

Er is een stelselherziening in gang gezet, die zijn beslag krijgt met de inwerkingtreding van de nieuwe Wet op de jeugdzorg (voorzien in 2003). Omdat deze nieuwe wet op andere principes is gebaseerd dan de huidige Wet op de jeugdhulpverlening, kan ook de invulling van de begroting en verantwoording veranderen. Het kan leiden tot andere operationele doelstellingen en tot gewijzigde prestatiegegevens voor de begrotingen vanaf 2003. Een voorbeeld van deze verandering is dat de Wet op de jeugdhulpverlening nog stuurt op aanbod (aantal voorzieningen/capaciteit) en dat de wet op de jeugdzorg meer stuurt op vraag (wat is de

vraag (modules) en wordt daarin voorzien?). Inmiddels is er een gezamenlijk project van Justitie en VWS om het VBTB-gedachtegoed nader uit te werken op basis van de nieuwe wet.

Eveneens in 2003, zullen we bij de totstandkoming van de Wet Basisvoorziening Kinderopvang nader bezien welke prestatiegegevens hiervoor relevant zijn om op te nemen in de begroting en zal worden nagegaan hoe deze gegevens worden aangeleverd.

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr. 57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren.

De bijdrage aan de Welzijnsnota zal in de begroting 2003 worden betrokken bij de andere operationele doelstellingen. De bijdragen van de verschillende artikelen aan de Welzijnsnota zullen dan, net als in deze begroting, inzichtelijk worden gemaakt bij het artikel Sociaal Beleid.

In onderstaande tabel is samenvattend weergegeven welke evaluaties op het terrein van jeugdbeleid zijn voorgenomen.

Tabel 9: voorgenomen evaluaties	
<i>Onderwerp</i>	<i>Geplande uitvoering</i>
Evaluatie naar de werking van de Wet Basisvoorziening Kinderopvang na inwerkingtreding, beoogd op 1 januari 2003.	Drie tot vijfjaarlijks
Evaluatie van de pilots pedagogische vernieuwing.	2002
Evaluatie naar de werking van het stelsel gericht op de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten in internaten of pleeggezinnen.	Nog te plannen
Evaluatie van de werking en resultaten van de NJR.	2004
Extern onderzoek naar de werking en systematiek van de subsidieregeling LJO.	Najaar 2001
Evaluatie naar het functioneren en resultaten van het Nationaal Agentschap voor het EU-jeugdprogramma.	2002
Evaluatie van het BANS-akkoord	Eind 2002
Evaluatie naar de werking van het systeem voor de bescherming van jeugdigen.	2002

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

BELEIDSARTIKEL 8: SOCIAAL BELEID

8.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het bevorderen van participatie, het voorkomen van sociale uitsluiting en het versterken van de sociale cohesie.

Sociaal beleid is het resultaat van beleidsinspanningen van veel actoren op het terrein van welzijn, sport, onderwijs, zorg, huisvesting, arbeid en inkomen. Met name waar het gaat om de positieverbetering van mensen in een kwetsbare positie, is een intersectorale aanpak op bestuurlijk en uitvoerend niveau nodig. Onze bijdrage aan deze doelstelling kent twee aspecten. Enerzijds bevorderen we dat het welzijnswerk een adequate bijdrage levert aan sociaal beleid, anderzijds bevorderen we dat in rijkskaders voldoende aandacht is voor de sociale component en dat instellingen en gemeenten bij de intersectorale uitvoering van beleid geen onnodige belemmeringen ervaren. Dit laatste gebeurt momenteel vooral door middel van het grotestedenbeleid en het Bestuursakkoord Nieuwe Stijl tussen rijk, provincies en gemeenten.

In de Welzijnswet 1994 is voor het welzijnsbeleid de toebedeling van de verantwoordelijkheden aan de verschillende overheidslagen geregeld. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoerend werk, de provincies voor het steunfunctiewerk en het Rijk voor de landelijke functie. De landelijke functie omvat allereerst het bevorderen van de vernieuwing en de kwaliteitsverbetering van het aanbod van het uitvoerend welzijnswerk. Daarnaast het stimuleren van uitvoerende welzijnsinstellingen en gemeenten bij het (laten) implementeren van vernieuwingen. Hiermee bevorderen we dat de welzijnsinstellingen en overheden steeds flexibel en adequaat vernieuwend reageren op veranderende maatschappelijke vragen en beleidsprioriteiten.

Een aantal belangrijke intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting 2001 is besloten wordt hier kort toegelicht.

Naar aanleiding van de motie Middel/Atsma (TK 2000–2001, 27 400 XVI, nr. 31) heeft het kabinet bij Voorjaarsnota besloten vanaf 2001 € 11,3 mln. structureel ter beschikking te stellen ten behoeve van het lokale vrijwilligerswerk.

Verder is er vanuit VWS in 2001 en 2002 € 397 000 beschikbaar gekomen voor het rechtsherstel van homoseksuele oorlogsslachtoffers in het kader van het homo-emancipatiebeleid. Vanuit de begroting van het Ministerie van Financiën zal ook nog een bedrag van € 0,8 mln. ter beschikking worden gesteld, zodat er in totaal hiervoor € 1,6 mln. beschikbaar is. Hierover is de Kamer geïnformeerd in de nota Homo-emancipatiebeleid (TK 2000–2001, 27 017, nr. 2).

8.2 Operationele beleidsdoelstellingen

8.2.1 Bijdrage aan de Welzijnsnota

De Welzijnsnota noemt «het bijdragen aan de sociale kwaliteit in de samenleving» de centrale doelstelling van het welzijnsbeleid. De centrale doelstelling is langs vijf programmaliijnen geoperationaliseerd. Om de doelstellingen te realiseren, verstrekken we instellings- en projectsubsidies en werken we samen met andere departementen en overheden. Projectsubsidies bieden de mogelijkheid om aansluiting te vinden bij de actualiteit, bijzondere voorwaarden te verbinden aan de opzet en

uitvoering van experimenten en om de krachten te bundelen met meer opdrachtgevers en initiatiefnemers. De landelijke instellingen ontvangen subsidies voor taken op het gebied van informatievoorziening waaronder het uitwisselen van best practices, werkontwikkeling en onderzoek. De activiteiten die met behulp van de project- en instellingssubsidies worden uitgevoerd, resulteren in inhoudelijke en bestuurlijke handreikingen, methodieken en informatie.

De realisatie van de doelstellingen op dit beleidsartikel is afhankelijk van de inzet van vele actoren: maatschappelijke organisaties, gemeenten, provincies, lokale, provinciale en landelijke welzijnsinstellingen. Waar het gaat om de bevordering van de positie van personen die met een cumulatie van problemen worden geconfronteerd (zie hieronder met name bij de programmalijnen 2 en 3) is tevens de inzet van instellingen uit andere sectoren (zoals onderwijs, sociale diensten) een factor die meespeelt.

Om de realisatie van de doelstellingen te optimaliseren, is voor de uitwerking van de Welzijnsnota een gemeenschappelijke agenda gemaakt met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Inter Provinciaal Overleg (IPO), Ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang (VOG), landelijke maatschappelijke organisaties, welzijnsinstellingen en actoren in andere sectoren (onder andere via grotestedenbeleid en BANS).

Realisatie van de doelstellingen op dit beleidsonderdeel zou moeten leiden tot het op peil blijven of toenemen van maatschappelijke betrokkenheid van burgers, onder andere via vrijwilligerswerk en in het gelijkblijven of afnemen van het aantal burgers in een sociaal-economisch kwetsbare positie. Gegevens hierover zijn beschikbaar bij het CBS, in periodieke evaluatierapportages van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), in afzonderlijke doelgroepen- of themarapportages en in inhoudelijke jaarverslagen van gesubsidieerde instellingen.

Door middel van onderzoek zal worden nagegaan in welke mate maatschappelijke organisaties, uitvoerende en ondersteunende welzijnsinstellingen en gemeenten gebruik maken van en waardering hebben voor de instrumenten (zoals handreikingen, informatievoorzieningen, methodieken) die met behulp van instellings- en projectsubsidies zijn ontwikkeld. Bij de evaluatie van de Welzijnsnota die in 2002 zal verschijnen, worden de uitkomsten van dit onderzoek meegenomen.

De Welzijnsnota heeft betrekking op zes beleidsartikelen. Bij de beleidsartikelen Jeugdbeleid en Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid zijn net als op dit artikel de middelen die worden ingezet voor het verwezenlijken van de doelen van de Welzijnsnota afzonderlijk toegelicht. Bij de beleidsartikelen Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang; Verpleging, verzorging en ouderen en Sportbeleid zijn doelen van de Welzijnsnota betrokken in andere operationele doelstellingen.

In onderstaande tabel zijn de bijdragen van de verschillende beleidsartikelen per programmalijn weergegeven.

Tabel 1: overzicht Welzijnsnota 2002 (x € 1 000)

Beleidsartikelen	Bijdrage van de beleidsartikelen*						Totaal
	03	04	05	07	08	09	
Programmalijnen:							
1. Participatie en toegankelijkheid		3 470	18 557	159 790	18 566	6 081	206 463
2. Voorkomen van sociale uitsluiting	2 302	157	481		6 490		9 430
3. Lokaal sociaal beleid		878	622	4 767	7 192	13 699	27 159
4. Professionaliteit en kwaliteit van voorzieningen	8 375	91	1 413		2 958	6 605	19 442
5. Onderzoek, monitoring en informatievoorziening	12 917	1 114	1 042	3 356	6 908	4 390	29 727
Totaal	23 593	5 709	22 115	167 913	42 114	30 775	292 220

* 16.03 Geestelijke gezondheidszorg, 16.04 Gehandicaptenzorg, 16.05 Verzorging, verpleging en ouderenbeleid, 16.07 Jeugdbeleid, 16.08 Sociaal beleid, 16.09 Sportbeleid

Programmalijn 1 – Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid

Deze programmalijn omvat op dit beleidsartikel vijf thema's: begeleiding van nieuwe vluchtelingen, het bevorderen van maatschappelijke en politieke participatie, het voorkomen en bestrijden van discriminatie en het bevorderen van toegankelijkheid van voorzieningen, onder andere door interculturalisatie. Het belangrijkste speerpunt bij deze programmalijn is het bevorderen van het vrijwilligerswerk. De interdepartementale werkgroep vrijwilligersbeleid heeft tot taak zo veel mogelijk te voorkomen dat het vrijwilligerswerk wordt geconfronteerd met onbedoelde en/of ongewenste knelpunten in wet- en regelgeving. Voorts is er aandacht voor de werving en het gemotiveerd houden van vrijwilligers, met name uit specifieke groeperingen: gehandicapten, allochtonen en jongeren. In 8.3 zijn op het gebied van vrijwilligerswerk nog een aantal maatregelen geformuleerd.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Er worden verschillende subsidies verstrekt:

- Instellingssubsidies aan landelijke maatschappelijke organisaties van kwetsbare groepen die voor de realisering van hun doelstellingen in grote mate gebruik maken van het eigen vrijwilligerskader: zoals landelijke organisaties van minderheden/vluchtelingen, van homoseksuelen, Samenwerkende Organisaties voor Maatschappelijk Activeringswerk (SOM). De activiteiten van deze organisaties liggen vooral op het vlak van informatievoorziening aan vrijwilligers.
- Instellingssubsidies aan landelijke instellingen gericht op methodiek-ontwikkeling, onderzoek en informatievoorziening, onder andere op het gebied van het werven en gemotiveerd houden van vrijwilligers: zoals het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), het Instituut voor Multiculturele ontwikkeling (FORUM) en de Nederlandse Organisatie Vrijwilligers (NOV).
- Projectsubsidies aan organisaties. Het gaat onder andere om de uitvoering van de activiteiten van het plan van aanpak van de commissie Lokaal Vrijwilligersbeleid, de uitvoering van het onderzoeksprogramma op het gebied van vrijwilligerswerk respectievelijk homoseksualiteit en het expertisecentrum homoseksualiteit.

Programmalijn 2 – Het voorkomen van sociale uitsluiting

Centraal staat het bevorderen van sociale integratie van mensen met meervoudige problematiek; stimuleren dat in isolement geraakte mensen (weer) deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Wil sociale activering lukken, dan is de inzet van vele actoren vereist. Om die reden wordt samenwerking en uitwisseling van «best practices» bevordert tussen bijvoorbeeld overheid, bedrijfsleven, fondsen, (nieuw) maatschappelijk en kerkelijk initiatief, zorg- en welzijnsinstellingen, sociale diensten. We werken op dit terrein zeer nauw samen met onze collega's van SZW.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Er worden verschillende subsidies verstrekt:

- Instellingssubsidies aan landelijke instellingen zoals het NIZW (arbeidsparticipatie senioren, sluitende aanpak jongeren, sociale activering en leefbaarheid), FORUM en het Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (NIBUD).
- Projectsubsidies aan organisaties voor vernieuwingsprojecten. Zo blijft het Informatie- en Servicepunt Sociale Activering (ISSA) ook in 2002 actief op het gebied van informatievoorziening aan gemeenten en uitvoerend werk. Het project «Talent geactiveerd» gaat het tweede jaar in. Bij dit project wordt ernaar gestreefd dat 75% van de benaderden het activeringstraject afrondt en uitstroomt naar een vorm van dagbesteding, vrijwilligerswerk, additionele of reguliere arbeid. Mede op grond van dit project zal inzicht ontstaan in het mogelijk maken van de inzet van allochtonen in de thuiszorg, kinderopvang en openbare orde.
- Ook dit jaar ontvangt het kennisnetwerk «Samenleving en Bedrijf» projectsubsidie voor activiteiten gericht op het stimuleren van bedrijven om in samenwerking met overheden en maatschappelijke organisaties een bijdrage te leveren aan de integratie van kwetsbare groepen.

Programmalijn 3 – Lokaal sociaal beleid

Centrale thema's zijn het versterken van de regierol van gemeenten; het bevorderen van de intermediaire rol van provinciale steunfuncties; het bevorderen van een verbindende, aanvullende en activerende rol van het gedecentraliseerde welzijnswerk, met name in achterstandswijken. In de uitwerking van BANS heeft het traject Vitaal platteland een hoge prioriteit gekregen.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Er worden verschillende subsidies verstrekt:

- Instellingssubsidies aan landelijke instellingen (NIZW, FORUM LCO). Het betrekken van burgers bij beleidsontwikkeling en -uitvoering en het toetsen of het beleid voldoende rekening houdt met de multiculturele situatie, staat hierbij centraal.
- Projectsubsidies, onder andere voor de in voorgaande jaren gestarte vier pilots lokaal sociaal beleid platteland, de 13 BANS pilots vitalisering platteland en de 32 pilots versterking implementatie ontwikkelde kennis en methodieken in de lokale situatie. Het project Heel de Buurt gericht op versterking van de vraagsturing van burgers en samenwerking tussen instellingen in achterstandswijken, wordt in 2002 geëvalueerd. Continuering van het project lokaal sociaal beleid bij de VNG en

IPO, tevens voor het laten vervaardigen van het periodiek Lokaal Sociaal Beleid in NG-Magazine en Zorg en Welzijn.

Programmalijn 4 – Het bevorderen van kwaliteit en professionaliteit van welzijnsvoorzieningen

Centrale thema's zijn de bevordering van samenwerking in horizontale ketens van welzijn (met zorg, onderwijs en wonen), klantgerichtheid, professionalisering en van het toewerken naar een adequate ondersteuningsstructuur.

In 2001 is op ons initiatief een overleg gestart met VNG, IPO en VOG voor het maken van een gezamenlijk Meerjarenakkoord Welzijn (MJA) om gezamenlijk een kwaliteitsslag te maken, opdat de sector een adequate bijdrage kan (blijven) leveren aan het sociaal beleid.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Er worden verschillende subsidies verstrekt:

- Instellingssubsidies, met name aan NIZW voor de activiteiten van het Centrum voor Bedrijfstakinformatie (zoals rapportages en overzichten, databank en vraagbaak, documentaire informatievoorziening) en de activiteiten van het Centrum voor Beroeps- en opleidingsvraagstukken (zoals platform kwalificatiebeleid, beroepenstructuur 2005, beroepenstructuur Europa).
- Projectsubsidies, onder andere voor de activiteiten die voortvloeien uit de Meerjaren Afspraken, het Convenant kwaliteitsketen welzijn Limburg, het project Welzijn Versterkt en de herstructurering Landelijke Bibliotheekfunctie Welzijn.

Programmalijn 5 – Onderzoek, monitoring en informatievoorziening

Naast het in kaart laten brengen van autonome maatschappelijke ontwikkelingen, geven we ook aandacht aan het meten van effecten van (lokaal) beleid. Met BZK werken we samen in het Kenniscentrum Grotestedenbeleid en met VROM in het Kennis Expertise en Informatiecentrum (KEI).

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Er worden verschillende subsidies verstrekt:

- Instellingssubsidie aan onder andere het Verweij-Jonker Instituut, NGR voor onderzoeks- en monitoractiviteiten, aan het NIZW voor het Algemene Informatiecentrum.
- Projectsubsidies voor experimenten op het terrein van informatie- en communicatietechnologie en informatieverstrekking door gemeenten aan burgers (Overheids Loket 2000, Loket Sociale As, uitvoering kabinetsreactie RMO-advies).

8.2.2 Versterken vrijwilligerswerk/kader

Vrijwilligerswerk levert een belangrijke bijdrage aan de sociale kwaliteit van de samenleving en is van betekenis voor participatie- en ontplooiingsmogelijkheden van burgers. Het doel van dit beleidsonderdeel is bevorderen dat het vrijwilligerswerk inspeelt op de veranderende samenleving zodat de inzet van vrijwilligers kwantitatief en kwalitatief ook voor de toekomst gewaarborgd blijft.

Met ingang van 2001 is een bedrag van € 11,3 mln. per jaar beschikbaar om het lokale vrijwilligerswerk te stimuleren. Door de opzet van de

regeling – gemeenten en provincies leggen er eenzelfde bedrag bij – zal per saldo sprake kunnen zijn van een impuls van € 22,7 mln. Met deze impuls geven we invulling aan de motie Middel/Atsma (TK 2000–2001, 27 400 XVI, nr. 31).

We hebben een speciaal onderzoeksprogramma opgezet dat de verschillende dimensies van het vrijwilligerswerk in beeld kan brengen. Medio 2002 verschijnt een overzichtsstudie waarin onderzoeksprioriteiten op dit terrein verder worden uitgewerkt.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Er worden verschillende subsidies verstrekt:

- Subsidie aan alle gemeenten en alle provincies op grond van de Stimuleringsregeling ter versterking van het vrijwilligerswerk voor een meerjarig project in het lokale vrijwilligerswerk. Dit project is te beschouwen als een samenhangend geheel van nieuwe activiteiten gericht op een systematische en duurzame versterking van het vrijwilligerswerk als onderdeel van de maatschappelijke en sociale infrastructuur. In 2002 vindt een nulmeting plaats bij gemeenten die gebruik maken van de stimuleringsregeling.
- Instellingssubsidies (minus de eigen bijdrage van 20%) aan de internaten voor Vorming, Training en Advies voor de scholing van 32 340 (aspirant-)vrijwilligers. Prioriteit ligt bij de training van vrijwilligers die binnen de organisatie een kaderfunctie (gaan) vervullen.

Tabel 2: onderbouwing Vorming Training en Advies

	2000	2001	2002
Aantal cursisten	32 340	32 340	32 340
Subsidie per geslaagde deelnemer (in euro's)	300	309	309
Begrotingsbedrag (in € mln.)	9,7	10,0	10,0

8.2.3 Het voorkomen van achterstandsposities bij nieuwkomers in Nederland

Ingevolge de WIN die in 1998 is ingevoerd, hebben de gemeenten de zorgplicht om nieuwkomers de gelegenheid te geven een inburgeringsprogramma te volgen. Inburgering wordt gezien als een eerste stap in het integratieproces. Door de inburgering wordt voorkomen dat nieuwkomers in een achterstandspositie geraken.

De ministers van BZK, OCenW en VWS zijn gezamenlijk verantwoordelijk. BZK coördineert het inburgeringsbeleid, OCenW en wij dragen zorg voor de financiering van respectievelijk de onderwijs- en de welzijnscomponent. Realisatie van de doelstelling is dus afhankelijk van vele actoren: de genoemde departementen, de gemeenten en de uitvoerende instellingen op het gebied van onderwijs en welzijn en niet op de laatste plaats van de nieuwkomers zelf.

Om de uitvoering van de WIN te verbeteren is van 2000 tot 2002 een Taskforce Inburgering ingesteld, met als voornaamste taken het wegwerken van de wachtlijsten in het taalonderwijs en het verbeteren van de gemeentelijke regie en het monitoren van de inburgering. De Taskforce Inburgering valt onder de verantwoordelijkheid van de ministers van BZK, OCenW, VWS en SZW.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Specifieke uitkeringen.* Uitkeringen aan gemeenten op grond van de WIN.
- b. *Subsidiëring.* Projectsubsidies voor activiteiten van de Taskforce Inburgering en de evaluatie van de WIN die in 2002 wordt afgerond.

Tabel 3: overzicht van het aantal gemeenten waaraan een uitkering is verleend en het aantal beschikkingen en verklaringen

	1999	Raming bereik 2000	2001
Verleend aan aantal gemeenten	548	526	537
Aantal beschikkingen	16 487*	20 459	
Aantal verklaringen	14 465**	12 301	

* Dit betreft het aantal door de gemeenten gerealiseerde beschikkingen en verklaringen over 1999. Op grond van deze gegevens zijn de uitkeringen in 2001 bepaald.

** Dit betreft de per 1 februari 2001 door de gemeenten geleverde voorlopige gegevens over 2000. Op grond van deze gegevens worden de uitkeringen in 2002 bepaald.

8.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	129 108	134 210	127 513	128 866	125 500	128 049	127 284
Uitgaven (totaal)	107 835	133 127	130 916	130 510	126 673	128 503	127 550
Programma-uitgaven (totaal)	104 442	129 807	128 352	127 965	124 128	125 958	125 005
– Bijdrage aan de Welzijnsnota			45 131	44 484	44 446	43 654	43 654
– Scholen van aspirant vrijwilligers			21 795	21 795	21 795	23 095	23 095
– Voorkomen achterstandsposities nieuwkomers			61 426	61 686	57 887	59 210	58 257
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			<i>61 426</i>	<i>61 686</i>	<i>57 887</i>	<i>59 210</i>	<i>58 257</i>
Apparaatsuitgaven	3 393	3 321	2 564	2 545	2 545	2 545	2 545
Ontvangsten	1 642	3 421	3 586	3 851	3 851	3 851	3 851

8.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	128 352	127 965	124 128	125 958	125 005
Juridisch verplicht in %	3,4	2,0	1,4	0,2	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	27,4	27,5	28,4	28,0	28,2

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen

ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in het komende begrotingsjaar plaats.

8.5 Groeiparagraaf VBTB

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr. 57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren. Het brancherapport «Welzijn en sport» zal gegevens en kengetallen over de welzijnssector bevatten (zoals aantal formatieplaatsen, aantal voorzieningen) en zal naar verwachting elk jaar worden uitgebracht. De gegevens in het brancherapport kunnen aanleiding zijn om overleg te voeren met gemeenten, provincies en instellingen over de accenten in het gevoerde beleid.

Bij de evaluatie van de Welzijnsnota «Werken aan sociale kwaliteit» begint in 2001 een onderzoek onder gemeenten en instellingen naar het gebruik van en de tevredenheid over de producten en diensten op het terrein van welzijn die door het ministerie van VWS zijn gesubsidieerd. De informatie uit dit onderzoek kan worden gebruikt bij de voorbereidingen van de nieuwe Welzijnsnota. Dit onderzoek zal begin 2002 worden afgerond. Het voornemen is om dit onderzoek vierjaarlijks te gaan herhalen (tegelijk met de evaluatie van de Welzijnsnota). Op basis van de evaluatie van de Welzijnsnota wordt de nieuwe Welzijnsnota opgezet. Dit kan implicaties hebben voor de wijze waarop de Welzijnsnota en de onderliggende programmalijnen in dit beleidsartikel worden weergegeven in de begroting 2003.

In onderstaande tabel is samenvattend weergegeven welke evaluaties op het terrein van sociaal beleid zijn voorgenomen.

Tabel 4: voorgenomen evaluaties	
Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie van de welzijnsnota.	2002
Evaluatie van het project Heel de Buurt.	2002
Evaluatie van de Welzijnsregeling Inburgering Nieuwkomers	2002

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

BELEIDSARTIKEL 9: SPORTBELEID

9.1 Algemene beleidsdoelstelling

Met inachtneming van de intrinsieke waarde van sport, de maatschappelijke waarde ervan optimaal benutten en negatieve aspecten tegengaan.

In het Regeerakkoord van 1998 is een flinke financiële impuls gegeven aan het sportbeleid: een verdubbeling van het sportbudget over een periode van vier jaar, waarvan 2002 het laatste is. De laatste tranche daarvan bedraagt € 9,1 mln. Dit geld komt voor het grootste deel ten goede aan de breedtesport. Om gemeenten te stimuleren sport een belangrijke(re) plaats te geven in het gemeentelijk beleid, is de breedtesportregeling ingesteld. Analoog aan de regeling kunnen ook landelijke sportorganisaties subsidie aanvragen voor breedtesportprojecten. De middelen die beschikbaar zijn gekomen voor topsport, worden met name ingezet voor het stipendium, de ondersteuning van topsportbeleidsplannen, projecten talentherkenning en -ontwikkeling en de voorbereiding voor de Olympische Spelen 2004.

Voor 2002 is de uitwerking van de voornemens beschreven in de nota «Sport, Bewegen en Gezondheid» (TK 2000–2001, 27 841, nr. 2) prioritair. Doel van deze nota is om met een actief, wervend beleid de gezondheidswinst van sport en beweging bij mensen te vergroten en tegelijkertijd de gezondheidsrisico's ervan te verkleinen. In dat kader wordt in 2002 € 2,7 mln. extra beschikbaar gesteld oplopend tot € 5,2 mln. vanaf 2004.

Bij de beleidsvorming werken we (ook) in 2002 aan thema's als de relatie sport en onderwijs, de sportvereniging en topsport.

Relatie met de Welzijnsnota

De middelen die worden ingezet voor het verwezenlijken van de doelstellingen van de Welzijnsnota zijn in de verschillende operationele doelstellingen van dit beleidsartikel verwerkt. Bij beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staat wat de verschillende beleidsartikelen bijdragen aan de programma's van de Welzijnsnota.

De Welzijnswet biedt het kader van waaruit we subsidies en bijdragen verstrekken. Onze verantwoordelijkheid is die van de «landelijke functie». In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat de subsidies een middel zijn om de sport(beoefening) een kwaliteitsimpuls te geven. De organisaties die in aanmerking komen voor een subsidie beperken zich tot de organisaties die kunnen worden beschouwd als landelijke/bijzondere sportorganisaties (Subsidieregeling welzijnsbeleid), provincies en gemeenten.

9.2 Operationele beleidsdoelstellingen

9.2.1 Het bevorderen van de beoefening van topsport in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden

In de nota «Kansen voor Topsport» (TK 1998–1999, 26 200 XVI) is het topsportbeleid van de rijksoverheid uiteengezet. De beoefening van topsport kent verschillende waarden (intrinsiek, vormend en socialiserend). De rijksoverheid heeft daarbij met name een aanvullende en

ondersteunende rol. Hiertoe onderscheiden we vier deelgebieden waarop het topsportbeleid zich richt, te weten:

1. de maatschappelijke positie van topsporters (fasen van talentherkenning, -ontwikkeling, het topsporter zijn en de afbouw van de sportcarrière);
2. de topsportinfrastructuur (de sportbonden, het sportmedische beleid, wetenschappelijke ondersteuning, topsportaccommodaties, topsport-evenementen);
3. het tegengaan van dopinggebruik;
4. het afstemmen van beleid dat invloed heeft op het topsportklimaat in Nederland.

Onze verantwoordelijkheid richt zich op het ondersteunen van kwaliteitsverbeteringen in de sportbeoefening en de (fysieke en organisatorische) sportinfrastructuur door middelen (subsidies en kennis) beschikbaar te stellen aan landelijke/bijzondere sportorganisaties, provincies of gemeenten. Alhoewel de haalbaarheid van plannen een van de toetselementen is voor het verkrijgen van een subsidie, is de daadwerkelijke realisering van de gesubsidieerde plannen de verantwoordelijkheid van de subsidieontvanger en de (f)actoren die bij de uitvoering van het plan betrokken zijn. Kenmerkend voor de financiële ondersteuning is dan ook dat de subsidie in de meeste gevallen slechts een (beperkt) deel van de projectkosten dekt.

De effecten die we met het topsportbeleid nastreven:

- Het verder verbeteren van de individuele leefsituatie van topsporters, hun trainingsmogelijkheden en -faciliteiten en de deelname aan internationale wedstrijden. Elke vier jaar wordt op een aantal punten de ontwikkeling van het topsportklimaat in Nederland gemeten en vergeleken met andere Europese landen. We zenden een aparte rapportage naar de Kamer. Het volgende rapport verschijnt in 2004.
- Het uitbreiden en verbeteren van de landelijke topsportaccommodatie-infrastructuur en, gerelateerd hieraan, het streven naar een grotere kans van slagen van de kandidatuur van «bids» (aanbieding om een evenement in Nederland te organiseren) die sportorganisaties uitbrengen. Vierjaarlijks evalueren we het gecombineerde accommodatie- en evenementenbeleid. Een eerste evaluatie vindt plaats ultimo 2004.
- Zo dopingvrij mogelijke (top)sportbeoefening – en daarmee een bijdrage aan een goede gezondheid van (top)sporters – met name gebaseerd op een adequaat antidopingbeleid van landelijke organisaties. De meting hiervan vindt jaarlijks (rond juni) plaats op basis van gegevens van Necedo (Nederlands centrum voor dopingvraagstukken), Doconed (Doping controle Nederland) en de Audit-commissie.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Stipendiumregeling.* Een stipendiumregeling voor A-topsporters met een inkomen dat lager is dan het minimumloon. In 2000 waren er 381 A-topsporters, in februari 2001 waren dat er 353, van wie er 150 gebruikmaken van de regeling. Voor 2002 verwachten we dat het gebruik van de regeling stabiliseert rond de 160 topsporters.
- b. *Subsidiëring.* Subsidies voor:
 - Ontwikkeling van talentherkennings- en talentontwikkelingsprogramma's van sportbonden. We beogen hiermee dat elke tak van sport (58 organisaties voldoen aan de criteria van de Subsidie-regeling welzijnsbeleid) een op de eigen behoefte toegespitst

- talentherkennings- en talentontwikkelingsprogramma ontwikkelt. In 2000 zijn 42 projecten gesubsidieerd, in 2001 waren dat er 50. Voor 2002 verwachten we dat 54 organisaties een dergelijk programma in uitvoering hebben.
- Landelijke sportorganisaties die hun topsportbeleid hebben gestructureerd in een topsportbeleidsplan. In 2000 ging het om 42 tak-van-sportbonden, in 2001 zijn dat er 48. Voor 2002 verwachten we eenzelfde aantal.
 - De realisatie van A/B-sportaccommodaties (een accommodatie die is aangewezen door een landelijke sportorganisatie als nationale/internationale trainings- en wedstrijdaccommodatie). De subsidie wordt alleen verstrekt aan landelijke sportorganisaties die hier in samenwerking met gemeenten met een topsportaccommodatiebeleid een beroep op doen.
 - Grote evenementen (EK's/WK's), mede in het kader van de «Holland promotie». In 2000 zijn aan 18 evenementen subsidies verstrekt, in 2001 gaat het om 10 evenementen die aan de voorwaarden voldoen. In 2002 vindt onderzoek plaats naar de kwaliteitsvereisten en de (economische) spin-off van het organiseren van grootschalige evenementen.
 - Necedo en Doconed voor kennisontwikkeling en voor ondersteunende activiteiten voor de sportsector.
- c. *Subsidiekorting.* Korting op de subsidie voor het algemeen functioneren van sportbonden (zie 9.2.2) indien er onvoldoende aandacht of medewerking is bij het tegengaan van ongewenste neveneffecten van topsport, in casu doping. Op één organisatie is in 2000 een korting toegepast voor het ontbreken van een actueel dopingreglement.

9.2.2 Verantwoorde sportbeoefening door een breed publiek, in een kwalitatief hoogwaardige (fysieke en organisatorische) sportinfrastructuur, mede om sociale cohesie, integratie en tolerantie en volksgezondheid te stimuleren

Zowel in de nota «Wat sport beweegt» als in de beleidsbrief breedtesport (TK 1998–1999, 26 632 I) is uiteengezet welke waarden (breedte)sportbeoefening voor het individu en de maatschappij heeft. Centrale boodschap is dat sport een belangrijk onderdeel is van de sociale infrastructuur. Sport is niet alleen «leuk», het draagt ook bij aan het algemeen lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en biedt veelal een ontmoetingsplaats in wijken en buurten.

Recentelijk is de nota «Sport, Bewegen en Gezondheid» verschenen. Deze nota gaat in op de rol van bewegen en sporten in relatie tot gezondheid. Er wordt onderkend dat er vanuit de gezondheidsoptiek voornamelijk positieve effecten zijn verbonden aan bewegen. Mede gelet op de bewegingsarmoede van de Nederlandse bevolking is er een impuls nodig om mensen gezond (en blessurevrij) in beweging te brengen.

Voor een beschrijving van onze verantwoordelijkheid verwijzen we naar 9.2.1.

Met het breedtesportbeleid streven we de volgende effecten na:

- Het instandhouden van een sportinfrastructuur die haar kerntaken (organiseren van de competitie, voorzien in voldoende kader, vraagbaak voor de vereniging) op adequate wijze uitvoert. Dit evalueren we medio 2003.

- Het verspreiden van kennis over milieumaatregelen en ontwikkelingen gericht op ruimtelijke ordening naar sportorganisaties en andere overheden.
- Het ontwikkelen van meer aandacht bij gemeenten voor gebruik van sport bij het gemeentelijke welzijnsbeleid. Er is een nulmeting geweest in 1998. De effecten van dit beleid evalueren we iedere twee jaar, om de vier jaar zenden we een evaluatie naar de Kamer. Dit is voorzien in 2003.
- Voldoende aanbod van een gekwalificeerd kader voor elke tak van sport. Jaarlijks wordt met behulp van de zogenoemde «verenigingsmonitor» geëvalueerd in hoeverre het aanbod inderdaad voldoende is.
- Een gestructureerde aanpak van voetbalvandalisme in alle speelsteden met betaaldvoetbalorganisaties. Jaarlijks rapporteert het CIV over de ontwikkelingen rondom voetbalvandalisme.
- Het bevorderen van gezondere sportbeoefening door een breed publiek. Met behulp van een «bewegingsmonitor» wordt onder andere gemeten hoeveel uren Nederlanders sporten en hoeveel blessures zich voordoen. De verenigingsmonitor bestaat uit een panel van 250 verenigingen die model staan voor bijna 30 000 sportverenigingen in Nederland. Dit panel wordt bevraagd aan de hand van een uitgebreide vragenlijst over uiteenlopende aspecten van het functioneren van de vereniging. Uit de monitor blijkt dat 87% van de verenigingen het gebrek aan kader als groot knelpunt ziet en op zoek is naar vrijwilligers voor uiteenlopende functies.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidies voor:

- Het instandhouden van de infrastructuur van sportbonden (het gaat hier om 58 als zodanig erkende landelijke tak-van-sportorganisaties). De hoogte van de subsidie is gebaseerd op het ledenaantal.
- Gemeenten/sportorganisaties voor projecten gericht op sport en ontwikkelingssamenwerking (zie ook de beleidsnotitie «Sport in ontwikkeling; samenspel scoort 1», TK 1997–1998, 26 030, nr. 1).
- Projecten gericht op thema's als milieu (zie ook de beleidsnota «Goud voor Groen», (TK 1998–1999, 25 125, nr. 10), ruimtelijke ordening en recreatie, en innovaties op het gebied van sportaccommodaties.
- NISB (Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen) met als doel sportparticipatie in brede zin te bevorderen. Hiertoe heeft het NISB een functie als expertisecentrum en geeft zij ondersteuning aan sportbonden en gemeenten bij het sportbeleid.
- Projecten van sportbonden/sportkoepels gericht op het bevorderen van sportbeoefening door bepaalde doelgroepen die gezien hun participatiegraad in een achterstandssituatie verkeren (gehandicapten, chronisch zieken, ouderen en allochtonen).
- Gemeentelijke initiatieven op basis van een tijdelijke stimuleringsregeling met het doel dat gemeenten het sportbeleid een prominentere plaats geven op de gemeentelijke beleidsagenda. In 2001 is een regeling gemaakt die ook provincies een financiële stimulans biedt voor breedtesportprojecten (gericht op ondersteuning vanuit de provincies aan gemeenten en «provinciale» projecten). In 2002 zullen alle provincies daarvan kunnen profiteren.
- Het instandhouden en realiseren van een kwalitatief hoogwaardig kader (trainers/coaches/vrijwilligers). De berekening van de subsidie vindt plaats op basis van het aantal opleidingsuren. De hoogte van de subsidie is verder afhankelijk van het beschikbare budget.
- Projecten en activiteiten voor de ontwikkeling van sport(kader)-

- opleidingen. Verder worden projecten gericht op een verdere professionalisering van sportbonden gestimuleerd.
- Initiatieven van sportbonden op het gebied van veiligheid, de verbetering van de kwaliteit van de sportinfrastructuur en ondersteuningsstructuur en het tegengaan van vandalisme.
 - Sportverenigingen compenseren voor de energieheffing die ze hebben betaald. Het aantal verenigingen dat we in 2001 compensatie voor energieheffing geven, schatten we op 6500.
 - Ontwikkeling en uitvoering van sportmedisch beleid door sportorganisaties, ondersteuning van projecten die met name gericht zijn op bewegingsbevordering, blessurepreventie, alcoholmatiging en tabaksontmoediging.

Tabel 1: aantal gemeenten dat projecten in het kader van de breedtesportimpuls toegewezen heeft gekregen

Gemeenten	Totaal	in 2000	in 2001
100 000	25	21	4
50 000 - 100 000	34	18	7
25 000 - 50 000	106	0	15
10 000 - 25 000	248	0	25
< 10 000	124	0	7

9.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	83 400	58 932	63 708	67 576	68 903	72 319	74 682
Uitgaven (totaal)	64 008	69 784	74 377	75 404	76 158	76 460	76 460
Programma-uitgaven (totaal)	61 205	67 383	72 268	73 288	74 042	74 344	74 344
- Bevorderen beoefening van topsport in Nederland			12 950	12 950	13 111	14 018	14 018
- Verantwoorde sportbeoefening bij een breed publiek			59 319	60 338	60 931	60 326	60 326
<i>Waarvan specifieke uitkeringen</i>			<i>13 765</i>	<i>13 824</i>	<i>13 008</i>	<i>13 008</i>	<i>13 008</i>
Apparaatsuitgaven	2 803	2 401	2 109	2 116	2 116	2 116	2 116
Ontvangsten	973	270	113	113	113	113	113

9.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	72 268	73 288	74 042	74 344	74 344
Juridisch verplicht in %	14,3	9,8	5,8	4,6	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	28,2	27,8	27,6	27,4	27,4

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplicht-

tingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels in 2001 en grotendeels in 2002 plaats.

9.5 Groeiparaagraaf VBTB

Hoewel voor de meeste operationele doelstellingen, effecten en instrumenten cijfermateriaal beschikbaar is, is de bruikbaarheid ervan niet altijd even evident. We hebben een periode van vier jaar uitgetrokken om voor alle operationele doelstellingen en instrumenten bruikbaar cijfermateriaal beschikbaar te krijgen voor de prestatiegegevens. Het eerste jaar zal met name gebruikt worden om de lacunes te vullen die er dit begrotingsjaar nog zijn, door bijvoorbeeld:

- het nader specificeren van het jaarprogramma van NISB;
- het ontwikkelen van kengetallen voor thema's als ontwikkelingssamenwerking en milieu.

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000-2001, 26 753, nr. 57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren.

In onderstaande tabel is samenvattend weergegeven welke evaluaties op het terrein van sportbeleid zijn voorgenomen.

Tabel 2: voorgenomen evaluaties	
<i>Onderwerp</i>	<i>Geplande uitvoering</i>
Vierjaarlijkse evaluatie van het gecombineerde accommodatie- en evenementenbeleid.	Eind 2004
Evaluatie gericht op het instandhouden van een sportinfrastructuur die haar kerntaken op adequate wijze uitvoert.	Medio 2003
Evaluatie van het gebruik van sport bij het gemeentelijke welzijnsbeleid.	Eens per twee jaar
Evaluatie om na te gaan of het aanbod van een gekwalificeerd kader voor elke tak van sport voldoende is.	Jaarlijks

Voor de effecten en instrumenten waar nu een evaluatief moment is voorzien, zullen we op termijn ook pogen het beleid meer te kwantificeren.

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparaagraaf. In de bedrijfsvoeringsparaagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

BELEIDSARTIKEL 10: VERZETSDEELNEMERS, VERVOLGDEN EN BURGER-OORLOGSGETROFFENEN

10.1 Algemene beleidsdoelstelling

Aan geïnvalideerde oorlogsslachtoffers uit de Tweede Wereldoorlog (WOII) en de daarop volgende Bersiap-periode in Nederlands-Indië, op wie de beginselen van «ereschuld» of «bijzondere solidariteit» van toepassing zijn, compensatie bieden voor het door oorlogsinvaliditeit ontstane inkomensverlies, en psychosociale hulp verlenen gericht op herstel en ondersteuning (im-/materieel beleid). Daarnaast is het onze opdracht om de herinnering aan deze periode levend te houden en met name de jeugd te wijzen op gevaren van hedendaagse ontwikkelingen in hun leefomgeving die herinneren aan bepaalde gebeurtenissen uit WOII (herdenken en vieren).

Het verschaffen van genoegdoening aan individuele leden van onderscheiden gemeenschappen vervolgingslachtoffers uit de Tweede Wereldoorlog voor gebrekkig naoorlogs rechtsherstel, en het versterken van de infrastructuur van die gemeenschappen. Daarnaast het versterken van de internationale samenwerking bij het onderwijzen, herdenken en onderzoeken van de geschiedenis van de holocaust.

Ons beleid is vooral voorwaardenscheppend van aard. Uitvoering van de vijf pensioen- en uitkeringswetten voor oorlogsgetroffenen is opgedragen aan het zelfstandig bestuursorgaan de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR). De immateriële hulp- en dienstverlening aan de doelgroep wordt geboden door een aantal (gesubsidieerde) categorale instellingen. De unieke maatschappelijke betekenis van de begrippen «ereschuld» en «bijzondere solidariteit» als leidende principes bij de zorg voor oorlogsgetroffenen en de steeds grotere kwetsbaarheid van de doelgroep, maken het echter belangrijk om ook goed te letten op de aard en omvang van de prestaties die de uitvoeringsorganisaties feitelijk leveren.

Een groot deel van de doelgroep is in de loop van de afgelopen decennia erkend op grond van een van de wetten voor oorlogsgetroffenen. Nog altijd ontvangt de PUR nieuwe aanvragen voor een pensioen of uitkering. Vooral onder invloed van de publiciteit rond het naoorlogs rechtsherstel loopt het aantal nieuwe aanvragen sedert medio 1998 zelfs sterk op. De onderliggende trendmatige ontwikkeling blijft echter neerwaarts gericht.

Richtinggevend voor ons beleid is dat ook voor «de laatste» oorlogsgetroffenen het huidige (wettelijke) stelsel van wetten en voorzieningen ter beschikking zal moeten staan. Dit uitgangspunt vraagt bij de verwachte structureel dalende werklast een proactieve inzet van alle betrokkenen om continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid van de uitvoering te kunnen blijven garanderen.

De nationale manifestaties op 4 mei (herdenking gevallen) en 5 mei (viering bevrijding) moeten een waarschuwing zijn voor hedendaagse uitingen van racisme, discriminatie en intolerantie. Tegen de achtergrond van de gebeurtenissen tijdens WOII kan vooral de jeugd bewust worden gemaakt van het gevaar van politiek extremisme van uiteenlopende aard dat in hun omgeving aanwezig is.

Tegoeden Tweede Wereldoorlog

Ruim vijftig jaar na beëindiging van de Tweede Wereldoorlog kwamen roof en rechtsherstel van financiële tegoeden en goederen wereldwijd centraal te staan in verschillende onderzoeken en internationale regeringsconferenties. In Nederland heeft het kabinet op 21 maart 2000 haar standpunt uitgebracht over de eindrapporten van verschillende door haar ingestelde commissies. Om finaal recht te doen aan de kritiek op de bejegening van de vervolgingslachtoffers in het naoorlogs rechtsherstel en de gevolgen die dit heeft gehad voor hun verdere bestaan, heeft het kabinet aan de onderscheiden gemeenschappen bedragen beschikbaar gesteld voor eenmalige individuele uitkeringen, en projectuitkeringen ter versterking van de infrastructuur van die gemeenschappen. Wij zijn belast met de uitvoering van het kabinetsstandpunt (met uitzondering van de verdeling van de gelden van de joodse gemeenschap, dat primair een taak van het ministerie van Financiën is). Ons beleid is vooral voorwaarden-scheppend van aard.

Het kabinet heeft lering getrokken uit de historische analyse van de verschillende onderzoekscommissies. Het boek over dit verleden mag nooit gesloten worden; kabinet en samenleving moeten zich daarvan bewust blijven en daar ook voor de toekomst conclusies aan verbinden. Ons streven is daarom de kwaliteit van de uitvoering van het kabinetsstandpunt te garanderen.

Een aantal belangrijke intensiveringen waartoe na de ontwerpbegroting 2001 is besloten wordt hierna kort toegelicht.

In verband met een hogere instroom in de wetten voor oorlogsgetroffenen dan geraamd zijn heeft het kabinet bij Voorjaarsnota extra middelen ter beschikking gesteld: € 23,1 mln. in 2001, € 23,6 mln. in 2002 aflopend tot € 6,8 mln. in 2005. Verder is bij Voorjaarsnota als gebaar richting de Indische gemeenschap ten behoeve van de erkenning voor de tekortkomingen in het naoorlogs rechtsherstel een bedrag van € 158,8 mln. in 2001 en € 15,9 mln. in 2002 beschikbaar gekomen. Tot slot zijn naar aanleiding van de motie Middel cs. (TK 2000–2001 27 400, nr. 28) middelen gereserveerd (€ 0,3 mln. in 2001, € 1,4 mln. in 2002 en € 0,5 mln. vanaf 2003) om het voormalige kamp Amersfoort geschikt te maken voor de functie van herinneringscentrum en om aan het kamp als erkend herinneringscentrum jaarlijks een subsidie te verstrekken.

10.2 Operationele beleidsdoelstellingen

10.2.1 Het scheppen van de voorwaarden voor een blijvend kwalitatief goede en doelmatige uitvoering van het (wettelijk) stelsel van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen en van de hulp- en dienstverlening aan de WOII-getroffenen

Het (wettelijk) stelsel van voorzieningen voor oorlogsgetroffenen bevindt zich in de eindfase. Dit stelt specifieke eisen aan de uitvoering en het beleid. Principiële wijzigingen in de wettelijke aanspraken zijn niet meer aan de orde. Dit zou vooral schadelijk zijn voor het gevoel van zekerheid bij de sterk vergrijzende doelgroep. Het waarborgen van de continuïteit in de bedrijfsvoering van de uitvoeringsorganisaties is een cruciale voorwaarde voor het uitgangspunt dat ook de «laatste» oorlogsgetroffene gebruik moet kunnen maken van de bestaande faciliteiten.

De uitvoering van de pensioen- en uitkeringswetten is zoals eerder opgemerkt verzelfstandigd naar de PUR. We hebben daarom formeel geen directe invloed op het toepassingsbeleid (de beslissing over het wel of niet toelaten van een aanvrager tot de wetten) van de PUR. Met een aantal gespecialiseerde instellingen voor hulp- en dienstverlening aan oorlogsgetroffenen bestaat een structurele subsidierelatie. Zo beschouwd zijn we primair systeemverantwoordelijk voor een adequaat voorzieningen-aanbod. De maatschappelijke effecten die het stelsel genereert liggen in de sfeer van «ereschuld» en «bijzondere solidariteit». De laatste begrippen zijn politiek-maatschappelijk van groot gewicht. Ondanks de formele afstand tot de uitvoering ligt er daarom een grote mate van verantwoordelijkheid bij de minister van VWS voor de concrete resultaten van de uitvoering in termen van continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid van de voorzieningen.

Vorop staat het op een adequate wijze (doen) uitvoeren van de pensioen- en uitkeringswetten en het (doen) voorzien in de vraag naar hulp- en dienstverlening vanuit de doelgroep. Het bereiken van het bredere maatschappelijke doel («ereschuld» en «bijzondere solidariteit») laat zich niet gemakkelijk los van de concrete uitvoeringsresultaten definiëren en kwantificeren (zie hieronder).

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Wetgeving.* Bewaking van de continuïteit in de wet- en regelgeving. De regelmatig gehoorde roep vanuit de doelgroep om aanpassing van het wettelijk stelsel heeft vaak de sterke vergrijzing van de doelgroep (mate van cliëntgerichtheid) als achtergrond, en de steeds grotere tijdsafstand tot de gebeurtenissen tijdens WOII (steeds lastiger verificatie van de oorlogsomstandigheden).

Tabel 1: gebruik wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen (bedragen x € 1 mln.)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	realisatie	raming	raming	raming	raming	raming	raming
Wbp							
Eerste aanvragen	131	150	130	118	109	104	101
Toewijzingspercentage	26%	25%	25%	26%	26%	27%	27%
Gemiddeld aantal pensioengerechtigden	6 784	6 455	6 100	5 751	5 382	5 053	4 709
Totaal uitgaven Wbp	107,3	101,7	94,8	88,9	83,0	77,3	71,6
Wbp-z							
Eerste aanvragen	8	16	16	16	16	16	16
Toewijzingspercentage	29%	56%	56%	56%	56%	56%	56%
Gemiddeld aantal pensioengerechtigden	625	560	517	479	442	407	374
Totaal uitgaven Wbp-z	10,9	9,9	9,2	8,6	7,9	7,4	6,8
Wuv							
Eerste aanvragen	1 792	2 168	2 150	1 744	1 466	1 268	1 008
Toewijzingspercentage	21%	21%	21%	21%	21%	21%	21%
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringsgerechtigden (incl. uitk. art. 21b)	19 486	22 668	21 793	20 988	20 168	19 305	18 445
Totaal uitgaven Wuv	191,92	195,8	190,3	184,4	177,5	170,1	164,4
Wubo							
Eerste aanvragen	2 133	2 150	1 744	1 466	1 268	1 120	1 008
Toewijzingspercentage	33%	30%	29%	30%	30%	30%	30%
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringsgerechtigden (incl. toeslag art. 19)	11 252	12 086	12 159	12 238	12 211	12 085	11 091
Totaal uitgaven Wubo	43,0	44,6	45,1	45,2	45,0	44,7	43,5
Wiv							
Eerste aanvragen	7	10	10	10	10	10	10
Toewijzingspercentage	0%	8%	8%	8%	8%	8%	8%
Gemiddeld aantal pensioengerechtigden	304	291	279	268	256	242	243
Totaal uitgaven Wiv	3,0	2,7	2,5	2,4	2,2	2,0	2,0
Tvp							
Aantal declaraties	1 190	1 133	1 126	1 126	1 126	1 126	1 126
Totaal uitgaven Tvp	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

Bron: PUR

Toelichting:

- Wbp: Wet buitengewoon pensioen 1940-1945
- Wbp-z: Wet buitengewoon pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers
- Wiv: Wet buitengewoon pensioen Indisch verzet
- Wuv: Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940-1945
- Wubo: Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940-1945
- Tvp: Tijdelijke vergoedingsregeling psychotherapie na oorlogse generatie

- b. *Subsidiëring.* Subsidies aan diverse instellingen voor (ondersteunende taken op het terrein van) de immateriële dienstverlening (maatschappelijk werk en sociale dienstverlening) aan oorlogsgetroffenen. Hier noemen we met name de zogenoemde «begeleidende instellingen» (Stichting 1940-1945, Stichting Pelita, Stichting Burger Oorlogsgetroffenen en de Stichting Joods Maatschappelijk Werk) en de stichting Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen (ICODO).
- c. *Monitoring bedrijfsvoering uitvoeringsorganisaties.* Bewaking van de continuïteit van de bedrijfsvoering van de uitvoeringsorganisaties. Een goede informatie-uitwisseling met de (decentrale) uitvoeringsorganisaties is essentieel. Zo kunnen tijdig (toekomstige) knelpunten

worden gesignaleerd en kan daarop worden geanticipeerd. De continuïteit en doelmatigheid in de bedrijfsvoering wordt verder gestimuleerd door de bestaande systemen van bekostiging op basis van objectieve werklastindicatoren voor de belangrijkste uitvoeringsorganisaties.

Tabel 2: gerealiseerde behandeltermijnen PUR

Periode waarin aanvragen/ bezwaarschriften zijn ingediend	Binnen (verlengde) wettelijke termijn (in %)		
	Wuv	Wubo	Wetten bp (Wbp/Wbp-z/Wiv)
Eerste aanvragen			
1996	89	46	59
1997	82	60	93
1998	83	75	99
1999	69	63	95
1e helft 20	81	71	95
Vervolgaanvragen			
1996	76	54	74
1997	81	77	86
1998	78	73	99
1999	67	67	99
1e helft 2000	71	67	100
Bezwaarschriften			
1996	88	30	47
1997	84	58	90
1998	84	66	99
1999	82	76	95
1e helft 2000*	84	75	95

Bron: PUR

d. *Toezicht.* Toezicht op de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR). Onze eindverantwoordelijkheid voor de rechtmatigheid, effectiviteit en doelmatigheid van de uitkomsten van het wettelijk stelsel vereist een adequaat toezichtinstrumentarium en een goed ontwikkeld toezichtbeleid. Het instrumentarium uit de Wet op de PUR is onlangs aangepast aan de Aanwijzingen voor de regelgeving (onderdeel Zelfstandige bestuursorganen).

Tabel 3: vergoeding van apparaatkosten PUR (bedragen x € 1 mln.)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Wetten bp (verzet, zeelieden en Indisch verzet)							
Directe apparaatuitgaven	3,4	2,8	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0
Programma-uitgaven	120,7	114,2	106,5	99,8	93,2	86,7	80,3
Apparaatkosten in % van programma-uitgaven	2,8%	2,4%	2,2%	2,3%	2,4%	2,4%	2,5%
Wuv							
Directe apparaatuitgaven	14,0	13,7	12,9	12,3	11,7	11,2	10,7
Programma-uitgaven	191,9	195,8	190,3	184,4	177,5	170,1	164,4
Directe apparaatkosten in % van programma-uitgaven	7,3%	7,0%	6,8%	6,6%	6,6%	6,6%	6,5%
Wubo							
Directe apparaatuitgaven	7,4	7,2	6,9	6,4	6,1	5,8	5,6
Programma-uitgaven	42,8	44,6	45,1	45,2	45,0	44,7	43,5
Directe apparaatkosten in % van programma-uitgaven	17,2%	16,1%	15,2%	14,2%	13,5%	13,0%	12,9%
Totale apparaatkosten PUR	31,9	29,9	27,8	26,7	25,5	24,4	23,4
Totaal programma-uitgaven wetten	355,4	354,6	341,8	329,4	315,7	301,5	288,2
Apparaatkosten in % van programma-uitgaven	9,0%	8,4%	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%

Bron: VWS

10.2.2 Het scheppen van voorwaarden voor de bevordering van de nationale manifestaties op het gebied van herdenken en vieren, voor de instandhouding van herinneringscentra en activiteiten in het kader van de jeugdvoorlichting over WOII in relatie tot het heden

Ondanks de tijdsafstand met WOII en de daarop volgende Bersiap-tijd in Nederlands-Indië heeft de Nederlandse samenleving in meerderheid de opvatting gehouden dat de nationale herdenking van de gevallen op 4 mei en de viering van de bevrijding op 5 mei en op 15 augustus moeten worden voortgezet. Bij deze manifestaties staat het respect voor de slachtoffers van toen centraal. Maar ze zouden ook een waarschuwing moeten zijn voor hedendaagse tendensen op het vlak van racisme, discriminatie en intolerantie. Vooral de jeugd mag immers niet door onwetendheid blind zijn voor de gevaren van vormen van (politiek) extremisme van uiteenlopende aard die in hun omgeving aanwezig zijn.

Het bevorderen en ondersteunen van een respectvolle houding tegenover de slachtoffers van WOII en de Bersiap-tijd en het ontwikkelen van een politiek bewustzijn bij met name jongeren over de gevaren van hedendaags (politiek) extremisme, zijn complexe vraagstukken. Hierbij spelen talloze individuele en maatschappelijke factoren een rol. De invloed daarop van het beleid «herdenken en vieren», waaronder het beleid Jeugdvoorlichting WOII-heden ressorteert en dat vooral een faciliterend karakter heeft, is moeilijk te bepalen. Attitudeveranderingen zijn immers moeilijk meetbaar. Wel kan het aantal jongeren dat met de voorlichting wordt bereikt, vrij nauwkeurig worden vastgesteld.

Jaarlijks voert het Nationaal Comité 4 en 5 mei een onderzoek uit onder de Nederlandse bevolking om inzicht te krijgen in de mening over en het

gedrag tijdens de dodenherdenking op 4 mei en de bevrijdingsdag op 5 mei.

Tabel 4: percentage Nederlandse bevolking dat (veel) belang hecht aan 4 en 5 mei		
	1999	2000
Herdenking slachtoffers	87%	93%
Viering bevrijding	72%	85%

Bron: Nationaal Comité 4 en 5 mei

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Subsidiëring. Subsidies voor:

- Nationale manifestaties. Behalve aan het Nationaal Comité 4 en 5 mei, dat een coördinerende taak vervult bij de nationale manifestaties op 4 en 5 mei, worden in het kader van het beleid «herdenken en vieren» structurele subsidies verstrekt aan de Stichting 15 augustus 1945 en aan het Nationaal Comité Herdenking Capitulatie 1945 Wageningen.
- Projectenbeleid Jeugdvoorlichting WOII-heden. Een externe Adviescommissie Jeugdvoorlichting WOII-heden adviseert over te subsidiëren projecten (1999: 20 goedgekeurde projectvoorstellen, 2000: 25 goedgekeurde projecten). Ons beleid is gericht op het vergroten van het bereik en de effectiviteit van de voorlichting. Daarbij is er aandacht voor de diverse categorieën jongeren en het gegeven dat Nederland een multiculturele samenleving is. In de periode 2001–2002 zal het beleid Jeugdvoorlichting WOII-heden, zoals dat in 1998 is gestart, worden geëvalueerd.
- Herinneringscentra. In het kader van het brede voorlichtingsbeleid over de gebeurtenissen tijdens WOII worden instellingssubsidies verstrekt aan het Nationaal Monument Kamp Westerbork en het Nationaal Monument Kamp Vught. Het ministerie van VWS is ook betrokken bij de totstandkoming van een Indisch Herinneringscentrum (IHC) in Den Haag en bij de opzet van een herinneringscentrum voor het voormalige Kamp Amersfoort.

10.2.3 Uitvoering geven aan of coördineren van activiteiten die voortvloeien uit kabinetsbesluiten over het thema «Tegoeden Tweede Wereldoorlog», en het scheppen van voorwaarden van internationale samenwerking voor educatie over, herinnering aan en onderzoek naar de holocaust

Het onderwerp Tegoeden Tweede Wereldoorlog staat reeds geruime tijd in de belangstelling. Uit deze publieke en politieke aandacht vloeit een aantal activiteiten voort die sinds 1 mei 1998 op het ministerie van VWS in projectverband worden uitgevoerd of gecoördineerd.

De uitvoering van de kabinetsbesluiten rondom het naoorlogs rechtsherstel en het versterken van de infrastructuur is voor de Sinti- en Romagemeenschap opgedragen aan de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma,

een zelfstandig bestuursorgaan. Een soortgelijke constructie zal opgezet worden voor de Indische gemeenschap. De minister van VWS blijft echter politiek eindverantwoordelijk.

Tijdens de regeringsconferentie in Washington eind 1998 werd in het bijzonder stilgestaan bij de noodzaak om de holocaust blijvend te herdenken en te onderzoeken. Daarbij is ook educatie van groot belang. Nederland heeft zich gecommitteerd aan internationale samenwerking en overdracht van expertise op dit terrein.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Toezicht.* Ministerieel toezicht op de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma. Het toezichtinstrumentarium is vastgelegd in het uitkeringsreglement van de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma.
- b. *Oprichten van een stichting Indische tegoeden.* Dit voor het verstrekken van eenmalige uitkeringen aan leden van de Indische gemeenschap en het verstrekken van projectgelden. Het ministerieel toezichtinstrumentarium zal worden vastgelegd in het uitkeringsreglement van deze stichting.
- c. *Onderzoek,* met betrekking tot de volgende onderwerpen:
 - Breed historisch onderzoek naar de sociale en economische gevolgen van de Japanse bezetting en de daarop volgende Bersiap- en revolutietijd, met daarin verweven het naoorlogs rechtsherstel.
 - Onderzoek naar individuele claims van de Indische gemeenschap op de overheid. In het regeringsstandpunt van 21 maart 2000 heeft de regering vooropgesteld dat individuele claims van (nabestaanden) van rechthebbenden, die voortvloeien uit het rechtsherstel, onder bepaalde voorwaarden alsnog in behandeling worden genomen. Uit overwegingen van coulance zal in die gevallen worden afgezien van een beroep op verjaring.
- d. *Subsidiëring.* Subsidieverstrekking aan:
 - De Stichting Burger-Oorlogsgetroffenen ter ondersteuning van de aanvraag van Nederlandse ex-dwangarbeiders op een uitkering in het kader van in Duitsland en Oostenrijk opgerichte fondsen voor schadeloosstelling van voormalige dwangarbeiders en ondersteuning van onderzoek naar de positie van de Nederlandse woonwaggenbewoners/niet-zigeuners in het kader van het naoorlogs rechtsherstel.
 - Projecten in het kader van de vierde tranche goudpool. Het na WOII teruggevonden monetaire goud dat door nazi-Duitsland in de oorlog in beslag is genomen, is in vier tranches aan de beroofde landen teruggegeven. In tegenstelling tot de monetaire bestemming die de eerdere tranches hebben gekregen, is besloten de vierde tranche (€ 10,2 mln.) te besteden aan projecten voor in Nederland wonende slachtoffers die door de nazi's werden vervolgd met het oog op vernietiging.
- e. *Projecten in samenwerking met het ministerie van Buitenlandse Zaken.* Deelname van het ministerie van VWS aan de Task Force for International Cooperation on Holocaust Education, Remembrance and Research (ITF-Holocaust). De kernactiviteit van het ITF-Holocaust is de «Task Force Liason projects». Deze projecten zijn gericht op het ter beschikking te stellen van expertise die in de Task Force-lidstaten aanwezig is op het gebied van holocaust-educatie. Wij hebben in 2000 een aanloopsubsidie verstrekt voor een liaisonproject met de Tjechische Republiek. Deze subsidie beoogt uit te monden in een nog goed te

keuren Matraproject van het Ministerie van Buitenlandse Zaken. Nederland is van 1 februari 2001 tot 1 februari 2002 voorzitter van de ITF-Holocaust.

- f. *Leerstoel Holocaust en Genocide Studies*. In (financiële) samenwerking met de Ministeries van Buitenlandse Zaken OC&W en Financiën faciliteren we het opzetten van een centrum voor Holocaust en genocide studies en het instellen van een daaraan verbonden leerstoel Holocaust en genocide studies.

10.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	422 606	575 489	407 389	375 897	361 113	345 966	345 976
Uitgaven (totaal)	424 177	570 200	408 321	376 480	361 122	345 976	345 976
Programma-uitgaven (totaal)	422 969	568 687	407 692	375 986	360 628	345 481	345 481
– Uitvoering van wetten en regelingen oorlogs- getroffenen			382 611	368 861	354 984	340 926	340 926
<i>Waarvan bijdragen aan ZBO's</i>			31 136	30 994	31 501	31 501	31 501
– Bevordering herdenken en vieren gebeurtenissen WOII			5 454	4 546	4 546	4 546	4 546
– Uitvoering/coördinatie activiteiten Tegoeden WOII			19 628	2 579	1 099	10	10
Apparaatsuitgaven	1 208	1 513	629	494	494	494	494
Ontvangsten	773	0	0	0	0	0	0

10.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	407 692	375 986	360 628	345 481	345 481
Juridisch verplicht in %	88,5	88,0	87,4	87,1	86,8
Niet-Juridisch verplicht in %	9,6	10,3	10,6	11,0	11,0

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels thans en grotendeels in het komende begrotingsjaar plaats.

Gelet op het karakter van de van de pensioen- en uitkeringswetten en het feit dat de het recht daarop is vastgelegd in deze wetten wordt ervan uitgegaan dat deze uitgaven een (juridisch) verplicht karakter hebben. Dit

geldt ook voor de gelden verbonden aan de operationele doelstelling van paragraaf 10.2.3. (Tegoe den Tweede Wereldoorlog).

10.5 Groeiparagraaf VBTB

Het algemene informatiebeleid heeft als doel de kwaliteit en de transparantie van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren. Voor de implementatie van het VBTB-gedachtegoed vormt een aantal initiatieven een belangrijke impuls. Zo wordt dit jaar gelijktijdig met de begroting een eerste proeve van de brancherapporten nieuwe stijl gepresenteerd. Deze aanpak is eerder aan de Kamer gemeld in het Plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr. 57). Deze eerste uitgave heeft nog een beperkte opzet, maar op termijn zullen deze rapportages een breed beeld moeten schetsen van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren.

In onderstaande tabel is weergegeven welke evaluaties op het beleidsterrein van verzetsdeelnemers, vervolgd en burger-oorlogsgetroffenen zijn voorgenomen.

Tabel 5: voorgenomen evaluaties	
<i>Onderwerp</i> Evaluatie van het beleid jeugdvoorlichting WOII – heden.	Geplande uitvoering 2001 2002

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

BELEIDSARTIKEL 11: INSPECTIES

11.A Inspectie Gezondheidszorg

11.a.1 Algemene beleidsdoelstelling

Toezien op de gezondheidszorg en onderzoeken van de staat van de volksgezondheid.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kent de volgende missie: «Het op basis van de onderscheiden wetten toezien op de volksgezondheid, op zorgsystemen, de geleverde zorg en producten en de veiligheid en toepassing daarvan, op collectief en individueel niveau en daarover (aan overheden en betrokkenen) rapporteren en adviseren, teneinde de volksgezondheid en de gezondheid van de burger te bevorderen en te beschermen.»

De inspectie, een overheidsinstelling onder verantwoordelijkheid van de minister, functioneert ten behoeve van de burger, in diens hoedanigheid van consument van zorg en zorgproducten. Reden is, dat de consument in de zorg in een zekere afhankelijkheidsrelatie verkeert, waardoor zijn keuzevrijheid beperkt is.

Gezien het belang van de volksgezondheid voor de samenleving en gezondheid als kernwaarde in de samenleving wil de overheid deze bevorderen en beschermen. In dit kader heeft de missie een algemene strekking, waaraan door specifieke wetten meer expliciet inhoud en richting wordt gegeven.

In juni 2001 is door de Adviescommissie Strategie voor de Inspectie van de Gezondheidszorg het rapport «Op weg naar gezond vertrouwen» aan de minister aangeboden. Dit rapport zal onder meer worden besproken in de Tweede Kamer en kan consequenties hebben voor de volgende operationele doelstellingen.

11.a.2 Operationele beleidsdoelstellingen

11.a.2.1 Toezicht en opsporing op het gebied van gezondheidszorg en volksgezondheid

Om deze doelstelling te verwezenlijken wordt het toezichtinstrumentarium ingezet. Gericht toezicht houden is alleen mogelijk indien allerlei signalen op het gebied van de gezondheidszorg en de volksgezondheid door de IGZ worden opgevangen, de zogenoemde «antennefunctie». Deze signalen worden met behulp van een risicoanalyse op waarde geschat. Op basis hiervan maken we een gerichte planning van de toezichtactiviteiten.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Deze activiteiten zijn te onderscheiden in:

- a. *Algemeen toezicht.* Een algemeen toezichtbezoek is objectgericht (ziekenhuis, beroepsbeoefenaar, etc.) en kent een planning op middellange termijn.
- b. *Interventietoezicht.* Bij een signaal dat de kwaliteit van zorg mogelijk in het geding is, vindt interventietoezicht plaats. Interventietoezicht zal op korte(re) termijn plaatsvinden.
- c. *Thematisch toezicht.* Bij een signaal met een landelijk karakter met mogelijke gevolgen voor het overheidsbeleid, is thematisch toezicht de

meest geëigende toezichtvorm. Hierbij fungeert het inspectieobject als middel en de aanpak is veelal steekproefsgewijs.

Met ingang van 2001 zijn de resultaten van toezichtactiviteiten nader gespecificeerd en gepland, zowel naar volume als naar capaciteit. Dit maakt vergelijking met voorgaande jaren niet of maar ten dele mogelijk. De raming is gebaseerd op de beschikbare capaciteit.

Tabel 1: raming toezichtactiviteiten 2001

Quick scans openbare apotheken	70
Toetsingsverslagen Algemeen toezicht	2 370
Afgehandelde Meldingen en calamiteiten	
– Toetsingsverslagen crisis/interventietoezicht	495
– Meldingen bijwerkingen geneesmiddelen	6 000
– Afgehandelde BOPZ-meldingen	13 633
– Overige meldingen en calamiteiten	2 736
Totaal	22 864
Opsporing (processen-verbaal bij OM, etc.)	448
Inspectiemaatregelen	
– Tuchtzaken	26
– Overige maatregelen	12
Totaal	38

11.a.2.2 Het adviseren en informeren van de minister en anderen (op verzoek of uit eigen beweging), en het verstrekken van vergunningen

Van oudsher is de advisering een kerntaak van de Inspectie. De handhavingstaak levert gegevens op over de kwaliteit van de geleverde zorg, over de samenhang binnen de zorg en over de wijze waarop de kwaliteit wordt bewaakt, door toetsing aan de wet- en regelgeving of aan de veldstandaarden.

Bij advisering gaat het om standpunten en oordelen over kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en veiligheid van producten, gebaseerd op de gegevens en het inzicht die zijn verworven vanuit de handhavingstaak. Het inzicht verschaffen in de staat van de gezondheidszorg en in de staat van de geleverde zorg levert daarbij een zeer wezenlijke bijdrage aan de beleidscyclus van VWS. Behalve als input voor beleid van het departement, is het werk van de IGZ ook gericht op het informeren van het gezondheidszorgveld in den brede. Ook belanghebbende «derden» als gemeenten en provincies en (landelijke) organisaties die mede beleid ontwikkelen op het terrein van de volksgezondheid dienen op grond van artikel 41 van de Gezondheidswet geadviseerd te worden.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Advisering.* Het uitbrengen van adviezen (aan de minister, beroepsgroepen en burgers), bouwadviezen en adviezen naar aanleiding van activiteiten in het kader van de BOPZ.
- b. *Vergunning.* Het verstrekken van vergunningen, verklaringen en certificaten (zoals GMP-exportcertificaten, activiteiten met betrekking tot geneesmiddelenbewaking, vergunningen Kernenergiewet, import-/exportverklaringen ex Opiumwet en activiteiten met betrekking tot OW-verloven).

De raming 2001 van het aantal af te geven vergunningen, verklaringen en dergelijke is gebaseerd op het aantal aanvragen uit eerdere jaren.

Tabel 2: vergunningen, verklaringen, certificaten

	1999	2000	raming 2001
Import/export	4 171	3 906	3 700
Opiumverloven	2 931	3 365	3 000
Bloedproducten, e.d.	703	422	320
Overige (BIG-register e.d.)			2 450
Totaal	7 805	7 693	9 470
Adviezen aan de minister			1 074
Overige adviezen			2 417

11.a.2.3 Inzicht verkrijgen en verschaffen in de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan

Het verrichten van onderzoek naar de staat van de volksgezondheid is een neerslag van de uitoefening van de hierboven toegelichte operationele doelen. In rapporten over de staat van de volksgezondheid, onderverdeeld naar type inspectieobjecten, ligt de nadruk op een dreigend minimum of onvoldoende kwaliteit van zorg op basis van de resultaten van eigen inspectieactiviteiten. Kwaliteit van de zorg is een doelstelling die verweven is door alle te onderscheiden beleidsterreinen. De inzichten uit de IGZ-onderzoeken zijn daarom mede bepalend voor beleidsaanpassingen op deze beleidsartikelen.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Rapporteren.* Het uitbrengen van IGZ-rapporten, -circulaires en -bulletins.
- b. *Advisering.* Het adviseren in het kader van Europese en internationale weten regelgeving.

Tabel 3: raming richtlijnen, adviezen en rapportages 2001

Richtlijnen (IGZ-circulaires)	28
Adviezen internationale wet- en regelgeving	246
Jaarrapportages (in het kader van SGZ)	22
Rapportages	46

11.a.2.4 Het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg

De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als belangrijke doelstelling het scheppen van voorwaarden voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. In de wet zijn bepalingen opgenomen over bijvoorbeeld titelbescherming, registratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht. Voor de implementatie van de Wet BIG is de uitvoeringsorganisatie het BIG-register opgezet. De IGZ, voert het beheer over de registers en is daarmee verantwoordelijk voor de uitvoeringsorganisatie. De verantwoordelijkheden van de houder, de beheerder en het hoofd van het BIG-register zijn vastgelegd in het convenant.

Alleen de informatie die direct met de beroepsuitoefening te maken heeft, is openbaar. Persoonlijke gegevens zijn beschermd en worden niet verstrekt.

Het BIG-register werkt kostendekkend. Gelet hierop mogen de werkzaamheden van het BIG-register en die van de Inspectie niet interfereren.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Registreren.* Het registreren van individuele beroepsbeoefenaren conform artikel 3 van de Wet BIG.
- b. *Informatie verstrekken.* Het verstrekken van informatie aan beroepsbeoefenaren en derden.
- c. *Signaleren.* Het behandelen en signaleren van juridische aangelegenheden.

Tabel 4: registraties en informatieverstrekking			
	1999	2000	Raming 2001
Nieuwe registraties	17 676	11 000	11 000
Informatieverstrekking			
Telefonisch (helpdesk)	31 733	26 882	26 882
E-mail	636	1 100	1 100
Bezoek website		26 000	26 000
Totaal	32 369	53 982	53 982

11a.3 Groeiparagraaf VBTB

Het eerder genoemde rapport «Op weg naar gezond vertrouwen» van de Adviescommissie Strategie voor de Inspectie van de Gezondheidszorg kan in de toekomst consequenties hebben voor de geformuleerde operationele doelstellingen.

De signalen uit de samenleving worden door de IGZ met behulp van een risicoanalyse op waarde geschat. Een risicoanalyse richt zich op het inschatten van de gezondheidsrisico's met als doel de beschikbare inspectiecapaciteit voor algemeen en thematisch toezicht op evenwichtige en verantwoorde wijze in te zetten. Momenteel is in samenwerking met het RIVM een breed model voor het analyseren van gezondheidsrisico's in ontwikkeling, dat voor de IGZ toepasbaar is op het gehele veld waarop zij toezicht heeft. In dit risicomodel staat de (potentiële) zorggebruiker en de keten van zorg die hij ontvangt of moet ontvangen, centraal. Het model benoemt de qua gezondheidsrisico's kritische deelprocessen in deze keten. Naar verwachting zal eind 2001 een bruikbaar conceptrisicomodel beschikbaar zijn. De risicoanalyses, zoals die thans bij de IGZ gebruikt worden, kunnen als voorlopers van een dergelijk model worden beschouwd.

In het werkplan IGZ 2000 werd het algemeen en thematisch toezicht gepland, zowel in volume als in benodigde inspecteurcapaciteit. De planning omvatte echter niet alle «producten» van de inspectie en een heldere definitie van de geplande productie ontbrak. Vanaf 2001 zal de productieregistratie een reëler beeld geven van de mate waarin planning en realisering met elkaar in overeenstemming zijn. In het werkplan 2001 zijn de resultaten (als voorlopers van producten) van toezichtactiviteiten namelijk nader gespecificeerd en gepland, zowel naar volume als naar capaciteit. Gekoppeld aan dit werkplan zijn een urenregistratie en een productieregistratie ontwikkeld en geïmplementeerd. Hierdoor wordt het

beter mogelijk de uitvoering van het werkplan te bewaken, over productie en inzet te rapporteren en planning en praktijk op elkaar af te stemmen. In de periode 2001–2003 zullen de productdefinities en de ermee samenhangende kostprijzen nader worden uitgewerkt. Dit kan in de begroting 2004 worden opgenomen.

Voor informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

11B Keuringsdienst van Waren

11b.1. Algemene beleidsdoelstelling

Toeziën op de gezondheids- en consumentenbescherming in de gehele productieketen van levensmiddelen en non-foods.

De missie van de Keuringsdienst van Waren (KvW) luidt: «Het onafhankelijk invulling geven aan de gezondheids- en consumentenbescherming in de gehele productieketen van levensmiddelen en non-foods, door het uitvoeren, toetsen en initiëren van beleid en het signaleren van bedreigingen».

Werkterrein

De KvW heeft als werkterreinen de primaire productie, handel en industrie. De werkterreinen zijn vastgelegd op basis van de Gezondheidswet en nader bepaald door specifieke wetgeving. Hierin wordt aan aspecten van gezondheids- en consumentenbescherming meer expliciet vorm en inhoud gegeven. De aandacht van de KvW richt zich primair op de volksgezondheid en daarnaast op consumentenbescherming. Veiligheid moet hierbij als een verbijzondering van het begrip volksgezondheid beschouwd worden.

Kerntaken

De belangrijkste taken van de KvW kunnen worden gebracht onder de noemers handhaving en signalering/advisering. Beide genoemde kerntaken hebben eenzelfde doel: bewerkstelligen van normconform gedrag (met het oog op gezondheids- en consumentenbescherming). Hoewel beide taken hier separaat zijn genoemd, is er een duidelijke relatie. Alleen de gezamenlijke activiteit kan de invulling van de missie op een kwalitatief goed niveau garanderen. Ook in de Gezondheidswet zijn beide onlosmakelijk aan elkaar gekoppeld, als taken van het Staatstoezicht en daarmee van de KvW.

Voor de uitoefening van haar taak beschikt de KvW over een aantal bevoegdheden. De belangrijkste daarvan zijn het betreden van plaatsen voor onderzoek, het ter plekke onderzoeken of monsters nemen, het inzien en kopiëren van zakelijke bescheiden, het opmaken van proces-verbaal en het in beslag nemen van ondeugdelijke goederen. Er is wetgeving tot stand gekomen waarin de KvW de bevoegdheid wordt toegekend om bestuurlijke boeten op te leggen aan overtreders van de Warenwet. Met deze bevoegdheid is de KvW beter in staat een lik-op-stukbeleid te voeren bij overtredingen. Zo zal het agentschap voor het opleggen van sancties niet langer meer afhankelijk zijn van de medewerking van het OM.

De mate waarin wetgeving nageleefd wordt, is een indicatie voor de effectiviteit van de inspectiewerkzaamheden. Hiervoor zal een kengetal worden ontwikkeld dat inzicht geeft in het percentage inspecties per bedrijfstak waarbij naleving van de regelgeving wordt geconstateerd. Zie de Groeiparagraaf VBTB.

11b.2 Operationele beleidsdoelstellingen

11.b.2.1 Het bewerkstelligen van normconform gedrag door toezicht op het naleven van wetten en opsporen van overtredingen

Conform de Algemene wet bestuursrecht (Awb) is handhaving de verzamelterm voor de activiteiten «toezicht» en «opsporing». Deze twee begrippen liggen in elkaars verlengde en kunnen in elkaar overgaan. De bevoegdheden met betrekking tot het toezicht zijn door de Gezondheidswet aan het Staatstoezicht toegedeeld en uitgewerkt in een aantal wetten. Enkele belangrijke wetten zijn: de Warenwet, Vleeskeuringswet, Veewet, Wet op de dierproeven, Wet gevaarlijke werktuigen, Bestrijdingsmiddelenwet, Wet milieugevaarlijke stoffen, Drank- en Horecawet en de Tabakswet.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Handhaving. Voor het bereiken van de algemene doelstelling wordt het handhavinginstrument ingezet. Handhaving betekent: nagaan of een individueel bedrijf zich aan de wet houdt, en maatregelen nemen wanneer een overtreding wordt geconstateerd. Handhaving bestaat uit twee onderdelen: toezicht (in enge zin) en opsporing.

- Toezicht is een activiteit waarbij de toezichthouder steekproefsgewijs de mate van overeenstemming met wettelijke voorschriften nagaat.
- Opsporing is een activiteit die gericht is op het bevestigen van vermoedens dat de voorschriften zijn overtreden.

In het instrument handhaving is «keuring» niet opgenomen. Wel houdt de KvW toezicht op keuringsinstanties van zowel privaatrechtelijke als publiekrechtelijke aard. Dit wordt additioneel toezicht of tweedelijns-toezicht genoemd. Tot de taken van de KvW behoort ook voorlichting ter ondersteuning van de handhavingstaak.

Tabel 5: inspecties en monsteronderzoeken

	2000 realisatie	2001 raming	2002 raming	2003 raming	2004 raming	2005 raming	2006 raming
Inspecties	107 210	112 180	117 380	122 590	127 300	132 870	132 870
Monsteronderzoek	104 500	109 400	114 400	119 500	124 100	129 500	129 500

De raming van de inspecties is gebaseerd op het gemiddelde aantal jaarinspecties per fte * aantal fte's. Het aantal monsters is afhankelijk van het aantal inspecties dat wordt uitgevoerd.

11.b.2.2 Het adviseren en informeren van de minister en lage overheden, op verzoek of uit eigen beweging

Signaleren/adviseren houdt in: het stellen van diagnoses (op grond van handhaven, surveillance en monitoren) en het aangeven van mogelijke oplossingen. Signalering moet inzicht geven in de mate van gezondheidsbedreiging van een categorie producten, een proces of een bepaalde

sector bedrijven. 20% van de activiteiten van de KvW bestaat uit signaleringsprojecten in het kader van Staatstoezicht en richt zich op de volgende gebieden: chemische productveiligheid; primaire land- en tuinbouwproducten veterinaire producten; samengestelde levensmiddelen en mechanische productveiligheid. Hiervoor wordt een programmabudget ter beschikking gesteld.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Signaleren en adviseren. De KvW kan ongevraagd adviseren aan de minister (het kerndepartement) en lagere overheden als het gaat om aanwezige gezondheidsrisico's. Behalve dat de inspectie adviezen uitbrengt over de staat van de volksgezondheid, kan ze ook adviseren over de mate waarin de regelgeving te handhaven is, voordat deze van kracht wordt en over effecten van nieuwe wetgeving op de volksgezondheid.

11.b.3 Groeiparagraaf VBTB

De mate waarin wetgeving nageleefd wordt, is een indicatie voor de effectiviteit van de werkzaamheden van de keuringsdienst. Hiervoor zal een kengetal worden ontwikkeld dat inzicht geeft in het percentage inspecties per bedrijfstak waar naleving van de regelgeving wordt geconstateerd.

De Inspectie Rechtshandhaving (van Justitie) heeft een model opgezet voor de naleving van de wetten: de zogenoemde «Tafel van Elf». Volgens dit model zijn er elf dimensies (oorzaken) te onderscheiden als het gaat om burgers die de wet overtreden of naleven. Op slechts drie van deze elf dimensies heeft de KvW direct invloed: de inspectiefrequentie; de pakkans en de selectiviteit. Na invoering van de bestuurlijke boetes ontstaat een directe invloed met betrekking tot de sanctiekans.

De KvW heeft in 2000 een onderzoek gedaan naar de naleving van wetgeving. Voor een klein deel van de regelgeving (bereiding en behandeling van levensmiddelen) is onder een kleine doelgroep onderzoek gedaan naar het naleven van de regels op dit specifieke onderdeel. Hierbij is gebruikgemaakt van het concept «Tafel van Elf» om na te gaan welke factoren het nalevingsgedrag van de doelgroep beïnvloeden. Bij de uitvoering van het onderzoek is gekozen voor twee methodieken:

- 1) het uitvoeren van een aselechte controle onder een deel van de doelgroep door de KvW;
- 2) het uitvoeren van een survey onder een deel van de doelgroep door Veldkamp/Intomart.

Door de bevindingen uit beide trajecten te combineren kon een uitspraak gedaan worden over de naleving van de doelgroep (kwantitatief), over nalevingsmotieven (kwalitatief) en over een mogelijk effectievere inrichting van de handhaving. In 2002 wordt een soortgelijk onderzoek gestart waarbij een groter deel van de wetgeving en ook een grotere doelgroep wordt onderzocht.

Voor informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

11C. Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming

11.c.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het toezien op de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming en op vergunninghouders.

De Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming en op de vergunninghouders. Hiermee draagt de inspectie bij aan het bevorderen en beschermen van het fundamentele recht van het kind en de jeugdige op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling zoals aangegeven in het Verdrag van de rechten voor het kind. Op basis van haar bevindingen doet de inspectie voorstellen tot het verbeteren van de kwaliteit. Deze voorstellen zijn in de eerste plaats gericht op de instellingen voor jeugdhulpverlening en jeugdbescherming. De inspectie zendt de instellingsrapporten en verbetervoorstellen aan de financier, zijnde de provinciale/grootstedelijke overheid in kwestie of de bewindslieden van VWS en Justitie, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de handhaving. Rapporten met gegevens op landelijk niveau worden aan de bewindslieden van VWS en Justitie verstrekt ten behoeve van hun beleidsbepalende en wetgevende verantwoordelijkheden op stelselniveau. Voorts adviseert de inspectie bestuurders gevraagd en ongevraagd en worden signaleringen uitgebracht vanuit het toezicht die een relatie leggen met de beleidsbepaling of wetgeving.

Welke toezichten worden uitgevoerd in 2002, wordt bepaald in het Jaarwerkplan van de inspectie dat eind 2001 door de hoofdinspecteur ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de staatssecretarissen van VWS en Justitie.

11.c.2 Operationele doelstellingen

11.c.2.1 Het bevorderen van de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, door toezicht op het naleven van de vigerende wetten

Het bevorderen van de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming wordt mede mogelijk gemaakt door de signalen die de inspectie opvangt en de bevindingen die de inspectie doet. Bij signaleringen gaat het om informatie die de inspectie als toezichthouder vanuit de praktijk krijgt en waarvoor nog geen passend beleid is vormgegeven voor risico's van groepen jeugdigen. Bij elk toezichttraject en elke combinatie van toezichttrajecten wordt gewerkt met een plan van aanpak met doelen van voorbereiding, uitvoering, rapportage, inzet menskracht en communicatie. Deze hangen af van de probleem- en vraagstelling.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Toezicht.

- Toezicht op de naleving van wet- en regelgeving. In 2002 gaat het (vermoedelijk) om de pleegzorg.
- Toezicht ten behoeve van het leveren van beleidsinformatie. Aan de provincies, het ministerie van VWS en het ministerie van Justitie wordt informatie verstrekt over de Bureaus Jeugdzorg.
- Reactief Toezicht. Dit toezicht is te onderscheiden in toezicht in reactie op meldingen en toezicht naar aanleiding van incidenten.

- Toezicht op vergunninghouders in het kader van de Wet opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie.

Het aantal inspectiebezoeken in 2002 wordt geraamd op 2500 in totaal.

11.c.2.2 Het adviseren en informeren van de staatssecretarissen van VWS/Justitie, gedeputeerden van provincies en grootstedelijke regio's op verzoek of uit eigen beweging

Bij het adviseren en informeren gaat het om standpunten en verbetervoorstellen voor de beleidsbepaling gebaseerd op toezichtbevindingen over de kwaliteit van hulp, bereik en samenhang vanuit het perspectief van cliënten en de continuïteit in de jeugdzorg. Anderzijds geeft de inspectie advies over de toetsbaarheid en uitvoerbaarheid van beleidsvoorstellen ten aanzien van wetten regelgeving.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling wordt ingezet

Signaleren en adviseren. Het uitbrengen van adviezen en signalen. In 2000 zijn zeven gevraagde en ongevraagde adviezen uitgebracht.

11.c.3 Groeiparagraaf VBTB

De inspectie is gestart met een organisatieveranderingstraject waarin de primaire processen van toezicht, ondersteuning en bedrijfsvoering opnieuw worden vastgelegd. Dit gebeurt om tegemoet te komen aan de actuele eisen die aan toezicht worden gesteld. Deze activiteiten leiden tot een aangepaste producttypering en werkwijze, die in 2003 in werking treden. Daarnaast beproeft de inspectie een planning- en controlcyclus om inzicht te bieden in de koppeling tussen beleid, geplande activiteiten, middelen en gerealiseerde output. De inbedding van deze controlcyclus loopt parallel met het organisatieveranderingstraject en zal ook in 2003 in werking treden.

Voor informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

11.3. Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	90 513	99 325	95 215	95 528	95 032	95 066	95 066
Uitgaven (totaal)	90 531	99 720	95 215	95 528	95 032	95 066	95 066
Programma-uitgaven (totaal)	0	0	0	0	0	0	0
Apparaatsuitgaven	90 531	99 720	95 215	95 528	95 032	95 066	95 066
- Inspectie Gezondheidszorg	30 276		31 972	32 485	31 957	31 967	31 967
- Inspectie Keuringsdienst van Waren	57 386		60 900	60 883	60 914	60 935	60 935
- Inspectie Jeugdhulpverlening	1 792		2 343	2 160	2 162	2 163	2 163
Ontvangsten	7 712	3 429	2001	1 556	1 556	1 556	1 556

11.4. Budgetflexibiliteit

De op dit beleidsartikel verantwoorde budgetten betreffen uitsluitend apparaatuitgaven. Hiervoor worden de kasbudgetten voor 100% als verplicht beschouwd. Daarmee is de budgetflexibiliteit gelijk aan 0.

12.1 Algemene beleidsdoelstelling

Onderzoek verrichten dat gericht is op het ondersteunen van de beleidsontwikkeling en het uitoefenen van toezicht op de volksgezondheid, het milieu en de natuur en daarover periodiek rapporteren.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is een beleidsondersteunend onderzoeksinstituut op het gebied van volksgezondheid en milieu. Het fungeert als kenniscentrum voor de overheid met een planfunctie op het terrein van milieu en natuur.

De kerntaken, zoals in de wet vastgelegd, zijn:

- onderzoek verrichten om de beleidsontwikkelingen en de uitoefening van toezicht op de terreinen volksgezondheid en milieu te ondersteunen;
- periodiek rapporteren over de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid, het milieu en de natuur;
- andere werkzaamheden uitvoeren voor de minister.

Bij het uitvoeren van deze taken is het RIVM professioneel autonoom. Voor de andere op te dragen werkzaamheden geldt dat daardoor de uitvoering van taken die expliciet bij wet zijn opgedragen niet in het gedrang mag komen. Het RIVM verricht geen werk voor derden op commerciële basis, omdat dit afbreuk zou kunnen doen aan de vereiste onafhankelijkheid en tot belangenvermenging zou kunnen leiden.

Het doel van de RIVM-strategie is het ministerie van VWS optimaal te blijven ondersteunen met kennis en producten op prioritaire onderwerpen van beleid en toezicht, in overeenstemming met de in de wet op het RIVM omschreven taken. Inhoudelijk zijn deze onderwerpen afhankelijk van de voorliggende beleidsproblematiek; in het verlengde daarvan geldt deze afhankelijkheid dus ook voor de inhoud van de ondersteuning door het RIVM.

Bij het onderzoek ligt de nadruk op het integreren van kennis tot samenhangende beschrijvingen van de actuele toestand en toekomstige ontwikkelingen. Met onder meer de Volksgezondheid Toekomstverkenningen verschaft het RIVM wetenschappelijk onderbouwde informatie voor de beleidsontwikkeling. Daarnaast voert het RIVM meer continue onderzoeksactiviteiten uit voor het vaststellen van normen voor toelating van stoffen – inclusief (dier)geneesmiddelen en medische hulpmiddelen – en risicoschattingen. Ook ondersteunt het RIVM het beleid en staats-toezicht bij specifieke vraagstukken (beleidsontwikkelingen en beleidseffectuering) en bij calamiteiten. Om de voor deze taken benodigde kennisinfrastructuur in stand te houden, verricht het RIVM zelf onderzoek en werkt het nauw samen met andere onderzoeksinstituten en universiteiten.

Het RIVM verricht – naast onderzoek voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – ook onderzoek voor de ministeries van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) en Landbouw, Natuurbeheer en Visserij (LNV). De bijdragen van VROM en LNV voor deze activiteiten worden als ontvangst van het RIVM geboekt. De in dit kader te

verrichten onderzoeksactiviteiten vinden plaats conform de meerjarenactiviteitenprogramma's Milieu en Natuur. De hiermee corresponderende uitgaven worden meegenomen in de begrotingen van de opdrachtgevers – VROM en LNV –. Dit beleidsartikel beperkt zich tot een toelichting op de volksgezondheidsactiviteiten.

12.2 Operationele beleidsdoelstellingen

Het werk dat het RIVM op het terrein van de volksgezondheid doet, valt uiteen in vier operationele doelstellingen:

- Verkenningen en informatievoorziening: het uitvoeren van gezondheidsverkenningen en gezondheidszorgonderzoek (12.2.1).
- Preventie: het uitvoeren van onderzoek naar indicatoren en determinanten van infectieziekten en het monitoren van infectieziekten (12.2.2).
- Stoffen en risico's: het beoordelen van fysische, biologische en chemische risico's en geneesmiddelen (12.2.3).
- Vaccins: het ontwikkelen van vaccins en uitvoering geven aan het Rijksvaccinatieprogramma (12.2.4).

Voor het verwezenlijken van de operationele doelstellingen houdt het RIVM een aantal onderzoekscentra in stand. Daarin zijn de wetenschappelijke expertise en de bijbehorende onderzoeksinfrastructuur samengebracht. Deze expertise wordt afgestemd op de onderzoeksvragen die het RIVM van de opdrachtgever krijgt. Ook wordt via samenwerking, bijvoorbeeld met universiteiten, expertise verworven die het instituut zelf niet in huis heeft. Het RIVM organiseert multidisciplinaire expertise via een projectmatige aanpak om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Het RIVM wordt aangestuurd als een capaciteitsorganisatie. De feitelijke capaciteitsinzet wordt aangegeven in meerjarenactiviteitenprogramma's (MAP's). Het MAP Volksgezondheid belichaamt de onderzoekscapaciteit voor het ministerie van VWS. De aansturing van het RIVM door het departement van VWS wordt gedeeltelijk via de onderzoeksclusters (een aantal met elkaar samenhangende projecten) gerealiseerd. De aard en positionering van de onderzoeksactiviteiten verschillen onderling sterk.

De operationele doelstellingen van het RIVM worden hierna nader toegelicht.

12.2.1 Voor beleid en toezicht feitelijke gegevens verzamelen, analyseren en integreren op het terrein van de volksgezondheid, bepalende factoren hiervoor vast stellen en de mogelijkheden nagaan om via preventie en zorg hierin verbetering aanbrengen

Het RIVM beoogt de informatievoorziening voor het VWS-beleid en toezicht te faciliteren, onder andere via een geïntegreerde beschrijving van de huidige situatie, het genereren van toekomstscenario's en het ontwikkelen van risicomodellen ten behoeve van de gezondheidszorg. Uit deze activiteiten komen producten voort, die elk op een eigen wijze inspelen op de verschillende behoeften bij het beantwoorden van beleidsvragen: de volksgezondheidmonitor (actuele feitelijke informatie over de staat van de volksgezondheid beschikbaar op het intranet van het kerndepartement), afzonderlijke rapportages over actuele beleidsthema's, en een samenvattende rapportage in de vorm van de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV), waarin periodiek alle informatie op het

gebied van gezondheidstoestand en daaraan gerelateerde gevolgen voor de zorg in een geïntegreerd kader beschreven wordt.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Voor het verwezenlijken van deze doelstelling bestudeert het RIVM de gezondheidstoestand vanuit de mogelijkheden om via preventie gezondheidsverlies te voorkomen. Bovendien worden de gevolgen van ongezondheid voor het zorggebruik en de mogelijkheden om via cure en care de gezondheidstoestand te verbeteren onderzocht. Daarbij zijn drie hoofdactiviteiten te onderscheiden:

- de verzameling van gegevens (gezondheidszorgonderzoek);
- de analyse van deze gegevens (onderzoek indicatoren en determinanten);
- de integratie van daaruit voortkomende informatie en kennis in een conceptueel kader, zodat de verschillende gezondheidsproblemen en de effecten van preventie en zorg met elkaar in perspectief geplaatst kunnen worden (gezondheidszorgverkenningen).

Tabel 1: inzet capaciteit en middelen verkenningen en informatievoorziening (in 2002)

	Capaciteit in fte's	Personele kosten	Materiële kosten	Ontvangsten
Gezondheidsverkenningen	29,9	2 175 730	1 936 241	
Gezondheidszorgonderzoek	11,5	838 108	771 272	
Onderzoek indicatoren en determinanten	27,4	2 094 035	2 320 732	
Totaal¹4	68,8	5 107 873	5 028 244	1 048 896

¹ De gegevens m.b.t. capaciteit en kosten kunnen nog wijzigen als gevolg van nadere afspraken met de opdrachtgevers.

12.2.2 Het in kaart brengen van volksgezondheidsbedreigende infectieziekten, het definiëren van determinanten van spreiding en virulentie en het mede ontwikkelen van maatregelen om infectieziekten te bestrijden, beheersen en zo mogelijk voorkomen

Het RIVM heeft de taak de minister van VWS te adviseren over maatregelen die vanuit wetenschappelijk oogpunt gewenst zijn. Op het gebied van infectieziekten zijn de taken van het RIVM: vroegtijdige signalering, signaalverificatie, diagnostiek en outbreakmanagement. Bij de infectieziektebestrijding wordt een onderscheid gemaakt in drie strategieën van het beleid: bescherming, preventie en bestrijding. Bescherming beoogt de infectiedruk te verminderen door maatregelen en activiteiten gericht op dier en milieu, waaronder de voedselketen. Preventie beoogt, door maatregelen en activiteiten, eigenschappen van individuen op (deel-)populatie-niveau te beïnvloeden om infectieziekten te voorkomen. Bestrijding beoogt, door maatregelen en activiteiten, gezondheidsbedreigende verheffingen van infectieziekten te reduceren.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Voor het verwezenlijken van deze doelstelling verricht het RIVM werkzaamheden op de volgende terreinen, die zijn gebundeld in het cluster infectieziekten:

- de surveillance en informatievoorziening ten behoeve van bestrijding;
- detectie en typering van verwekkers van infectieziekten;
- mechanismen en determinanten;
- kwantitatieve microbiologische risicoanalyse ten behoeve van de gezondheidsbescherming.

Daarnaast wordt voor beantwoording van de vraag welke interventies gewenst en effectief zijn ter beheersing en bestrijding van zoönosen en voedselovergedragen infecties gedetailleerd en kwantitatief inzicht opgebouwd in het relatieve belang van de verschillende verspreidingsroutes en in de mogelijkheid deze te onderbreken.

Tabel 2: inzet capaciteit en middelen preventie (in 2002)				
	Capaciteit in fte's	Personele kosten	Materiële kosten	Ontvangsten
Infectieziekten	93,8	6 977 840	5 188 137	
Zoönosen en voeding	44,3	3 627 847	2 696 210	
Totaal	138,1	10 605 686	7 884 346	2 010 383

12.2.3 Het beoordelen van dossiers die worden ingediend voor het verkrijgen van een toelating van een stof, product, geneesmiddel of medisch hulpmiddel en het verrichten van onderzoek dat bijdraagt aan het ontwikkelen van wettelijke richtlijnen hierin

Om de schade die mogelijk wordt veroorzaakt door blootstelling aan chemische stoffen zo veel mogelijk te voorkomen of uit te sluiten, beschikt de rijksoverheid over verschillende instrumenten voor beleid en toezicht. Het RIVM ondersteunt deze instrumenten door onderzoek. Verder ondersteunt het RIVM de Inspecties bij controle in ziekenhuizen op sterilisatieprocessen, de controle op de samenstelling van geneesmiddelen en monitoring van contaminanten in voeding. Ook is het RIVM 24 uur per etmaal beschikbaar om ondersteuning te verlenen als zich een probleem van enige omvang voordoet. In geval van levensbedreigende omstandigheden zoals acute vergiftigingen kan het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum aan het RIVM adviseren hoe te handelen. Ten slotte beschikt het RIVM over expertise waarmee risico's van diverse aard kunnen worden ingeschat. De expertise wordt zowel aangewend in reguliere kaders als bij calamiteiten en is gericht op zowel de bevolking in zijn geheel als op deelpopulaties.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Voor het verwezenlijken van deze doelstelling verricht het RIVM onderzoek dat is gericht:

- op de (mogelijke) effecten bij de mens van blootstelling aan chemische stoffen, biotechnologische producten en straling (advisering risico-evaluatie);

- op geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en nieuwe producten die lichaamsmaterialen bevatten (geneesmiddelen en medische hulpmiddelen);
- op de ontwikkeling en verbetering van de methodologie die nodig is voor de risicoschatting van blootstelling aan verschillende agentia of een combinatie van agentia (methodieken/modellering risicobeoordeling);
- op het beoordelen van blootstellingen aan milieuverontreinigende stoffen en de calamiteitenopvang van bijvoorbeeld milieu-incidenten (milieu en gezondheid);
- op chemische stoffen in voeding waar een gezondheidsbedreigende, nutritieve of bioactieve werking van uitgaat (zoönosen en voeding; zie ook de voorgaande paragraaf).

Tabel 3: inzet capaciteit en middelen stoffen en risico's (in 2002)

	Capaciteit in fte's	Personele kosten	Materiële kosten	Ontvangsten
Advisering risico-evaluatie	29,9	2 491 411	1 330 349	
Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen	27,1	3 476 299	1 316 234	
Methodieken/modellering risicobeoordeling	17,4	1 339 093	773 063	
Milieu en gezondheid	17,4	1 639 793	892 578	
Totaal	91,8	8 946 596	4 312 223	6 480 241

12.2.4 Het uitvoeren en evalueren van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en het adviseren van de rijksoverheid over gewenste aanpassingen

Het doel is de minister van VWS te ondersteunen in haar verantwoordelijkheid voor de uitvoering en evaluatie van het RVP. Het betreft het beschikbaar stellen en houden van de vaccins die in het RVP opgenomen zijn, het geven van advies over de in het RVP op te nemen vaccins, het verbeteren van bestaande vaccins en het evalueren van het programma. Voorstellen voor de toekomstige samenstelling van het RVP en de noodzakelijke onderzoeksactiviteiten zijn uitgewerkt in de notitie «Naar een vaccinatieprogramma voor Nederland in de 21e eeuw». De aansturing van het vaccinonderzoek vindt plaats vanuit de belangen van het RVP.

De vaccinproductietaak – onder behoud van de centrale verantwoordelijkheid van het RIVM voor de beschikbaarheid en alle kwaliteitsaspecten – is overgedragen aan de Stichting SVM, die is gelieerd aan het RIVM. Direct uitvoerende taken die daardoor op vaccegebied bij het RIVM zullen blijven zijn: vaccinresearch, product- en procesontwikkeling, kwaliteitscontrole, interne vrijgifte en contract en octrooimanagement van alle RVP-producten en van RVP afgeleide producten en technisch-wetenschappelijke ondersteuning van SVM in de vorm van validaties.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Voor het verwezenlijken van deze doelstelling zorgt het RIVM dat vaccins van goede kwaliteit beschikbaar zijn voor een optimale uitvoering van het

RVP. Verder doet het RIVM onderzoek naar de ontwikkeling van vaccins die uiteindelijk zullen worden ingevoerd in het RVP.

Tabel 4: overzicht levering vaccins ten behoeve van het RVP					
	1999	2000	2001	2002	2003
DTP	445 200	458 750	480 100	432 050	460 200
DKTP	780 500	867 050	843 500	831 000	840 000
BMR	415 420	448 350	466 900	436 300	462 000
HIB	808 650	829 500	840 300	822 300	830 000
aK	–	–	179 600	225 600	222 000
Totaal	2 449 770	2 603 650	2 810 400	2 747 250	2 814 200

Tabel 5: inzet capaciteit en middelen vaccins (in 2002)				
	Capaciteit in fte's	Personele kosten	Materiële kosten	Ontvangsten
Rijksvaccinatieprogramma	83,1	5 601 798	11 459 223	
Vaccinontwikkeling	41,5	2 799 479	4 551 277	
Totaal	124,6	8 401 278	16 010 500	18 571 424

12.2.5 Strategisch onderzoek ter ondersteuning van de taken van het RIVM op het gebied van volksgezondheid (MAP Strategisch onderzoek RIVM)

Het MAP Strategisch onderzoek VGZ RIVM is volgens de Wet op de RIVM bedoeld om inzichten te verwerven die nodig zijn om de primaire werkzaamheden van het MAP Volksgezondheid adequaat uit te voeren. Het doel is het faciliteren van een verbreding en verdieping van beleids-ondersteunend onderzoek in dit MAP. Het RIVM heeft die doelstelling geoperationaliseerd door aan te geven dat het MAP Strategisch onderzoek RIVM ingevuld moet worden met strategisch onderzoek in twee betekenissen:

- strategisch onderzoek dat algemeen geldige (tijd en plaats) resultaten oplevert en tegelijkertijd voorwaarden schept voor van tevoren geïdentificeerd toegepast onderzoek;
- strategisch onderzoek dat toekomstige volksgezondheids- of milieu-problematiek adresseert die zich echter nog niet bij de opdrachtgever manifesteert.

Beide betekenissen impliceren dat er vanuit het MAP Strategisch onderzoek RIVM een continue doorstroom hoort plaats te vinden van projectresultaten en projecten naar het MAP Volksgezondheid. Het MAP Strategisch onderzoek RIVM hoort dus per definitie vernieuwend te zijn.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

Om de hierboven genoemde operationele doelstellingen te realiseren, worden de volgende onderzoeksclusters in het MAP Strategisch onderzoek ingezet:

- Gezondheidstoestand en determinanten; Centraal staat onderzoek naar

genetica en public health, positieve aspecten van voeding, preventie van chronische ziekten door leefstijlinterventies in de praktijk en gezondheidsonderzoek.

- Infectieziektebestrijding; Aandacht voor methodiekontwikkeling, onderzoek naar pathogenese en modellering van infectieonderzoeken.
- Vaccins; Het doel van het onderzoek is het faciliteren van veranderingen op lange termijn (vaccins verbeteren en vaccins toevoegen aan het RVP) binnen het RVP en het instandhouden van de benodigde wetenschappelijke expertise en de infrastructuur hiervoor.
- Milieu, Gezondheid en Risico's; Onderzoek van strategische aard gericht op het invulling geven aan mogelijke effecten van externe factoren op de gezondheid van de mens en ecosystemen. Onderzoeksthema's zijn bijvoorbeeld milieuverontreiniging, milieurisico's, leefbaarheid, methodeontwikkeling, ontwikkeling van medische hulpmiddelen.

In onderstaande tabel is de capaciteit en inzet van middelen naar cluster weergegeven.

Tabel 6: inzet en capaciteit strategisch onderzoek (in 2002)				
	Capaciteit in fte's	Personele kosten	Materiële kosten	Ontvangsten
Gezondheidstoestand en Determinanten	17,8	1 307 437	1 039 206	
Infectieziektebestrijding	23,8	1 777 365	1 203 542	
Vaccins	31,1	2 057 662	4 025 628	
Milieu, Gezondheid en Risico's	31,7	2 744 838	1 585 564	
Totaal	104,4	7 887 301	7 853 939	1 660 751

12.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	175 078	146 116	143 004	142 505	146 109	146 128	146 128
Uitgaven (totaal)	175 078	147 008	146 413	142 505	146 109	146 128	146 128
Programma-uitgaven (totaal)	0	0	0	0	0	0	0
Apparaatsuitgaven	175 078	147 008	146 413	142 505	146 109	146 128	146 128
Ontvangsten	71 421	67 879	71 012	71 451	71 021	71 032	71 032

In bovenstaande tabel staan de totale budgettaire gevolgen ten behoeve van het RIVM. Dit betekent dat de budgettaire gevolgen voor alle MAP's zijn opgenomen. Als toelichting staat in onderstaande tabel een nadere uitwerking van het jaar 2002.

Tabel 7: inzet capaciteit en middelen

Activiteit	Capaciteit in fte's	Personele kosten	Materiële kosten	Totaal	Ontvang- sten
Totaal MAP Volksgezondheid (12.2.1-4)	423,4	33 061 432	33 235 313	66 296 745	28 110 944
Totaal MAP Milieu (begroting VROM)	355,8	25 748 117	21 335 962	47 084 079	32 397 729
Totaal MAP Natuur (begroting LNV)	5,9	371 446	208 521	579 967	0
Totaal MAP Strategisch Onderzoek	192,9	14 051 281	13 487 349	27 538 629	9 306 403
– Volksgezondheid 2-12.2.5	- 104,4	- 7 887 299	- 7 853 939	- 15 741 240	- 1 660 751
– Milieu (begroting VROM)	- 88,5	- 6 163 978	- 5 633 408	- 11 797 388	- 7 645 652
Totaal MAP's	978,0	73 232 278	68 267 146	141 499 417	69 815 074
NOP	0	0	3 716 006	3 716 006	0
Overige kosten/ontvangsten	0	0	1 197 211	1 197 211	1 196 990
Totaal generaal	978,0	73 232 278	73 180 366	146 412 644	71 012 066

12.4 Budgetflexibiliteit

De op dit beleidsartikel verantwoorde budgetten betreffen uitsluitend apparaatuitgaven. Hiervoor worden de kasbudgetten voor 100% als verplicht beschouwd. Daarmee is de budgetflexibiliteit gelijk aan 0.

12.5 Groeiparagraaf VBTB

In april 2001 heeft het kabinet ingestemd met de conclusies van het rapport over het IBO-onderzoek naar de bedrijfsvoering en positionering van het RIVM. In het te doorlopen traject staan twee onderwerpen centraal: ten eerste het invoeren van een agentschapstatus voor het RIVM inclusief de overgang naar een baten-lastenstelsel, en ten tweede het komen tot een transparante verhouding tussen de primaire opdrachtgevers van het RIVM, de hiervoor genoemde drie ministeries, en het RIVM als opdrachtnemer, waarbij ook de rol van het ministerie van VWS als eigenaar van het RIVM herijkt wordt.

In het traject, dat onder meer gericht is op het verhelderen van de aansturing van het RIVM, wordt een verdere differentiatie van de verschillende onderzoeksactiviteiten nagestreefd. Hierbij is geadviseerd het sturingsmodel van het RIVM resultaatgericht vorm te geven (op output en kosten). In dit kader zullen prestatiegegevens ontwikkeld moeten worden. Het RIVM verwacht in het jaar 2002 hiertoe een aanzet te kunnen doen. Het is echter te vroeg om in dit beleidsartikel een indicatie van de prestatiegegevens op te nemen. De bedrijfsmatige wijze van werken, waar het RIVM in het agentschaptraject verder aan zal werken, zal leiden tot het preciezer definiëren van de prestatiegegevens. Het agentschaptraject voorziet in het kunnen proefdraaien vanaf 1 januari 2003 en een definitieve invoering met ingang van 1 januari 2004.

De kosten van het agentschaptraject zijn voor 2002 naar verwachting € 1,6 mln. en worden door het RIVM opgebracht. Dit heeft tot gevolg dat de inhoudelijke ambities van de opdrachtgevers en daarmee het RIVM voor de duur van het traject getemperd moeten worden.

Op het terrein van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu bestaan geen concrete voornemens voor evaluaties, hetgeen niet

wegneemt dat de agentschapsvorming gepaard gaat met een gedegen analyse van doelen en taken en de wijze waarop deze worden georganiseerd. Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf. In de bedrijfsvoeringsparagraaf is tevens aangegeven op welke wijze wij aandacht besteden aan derdeninformatie en de betrouwbaarheid van beleidsinformatie.

13.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het medebekostigen van sociale verzekeringen uit de schatkist met als doel de premiedruk van deze verzekeringen binnen maatschappelijk gewenste grenzen te houden.

De algemene doelstelling van de rijksbijdrage op de VWS-begroting moet in samenhang met het inkomensbeleid van het Rijk worden gezien. Door de rijksbijdrage kan de kostendekkende premie lager worden vastgesteld, dan zonder deze rijksbijdrage mogelijk zou zijn. In die zin is de rijksbijdrage eerder een middel dan een doel van beleid. De minister van SZW is primair verantwoordelijk voor inkomenspolitiek (koopkrachtontwikkeling). Voor een toelichting op de doelstellingen van het inkomensbeleid verwijzen we naar de Sociale Nota. De rijksbijdrage dient mede ter financiering van het VWS-beleid op het terrein van de volksgezondheid en zorg. De doelstellingen van het VWS-beleid in dit kader staan beschreven in de Zorgnota.

13.2 Operationele beleidsdoelstellingen**13.2.1 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven aan de ziektekostenverzekering**

Voor het verwezenlijken van deze doelstelling wordt een rijksbijdrage in de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering (ZFW) gestort.

Tabel 1: percent punten dat de premiepercentages hoger zou zijn zonder rijksbijdrage (totaal werkgevers- en werknemersbijdrage)						
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1,74	1,78	1,74	1,77	1,77	1,77	1,77

Bron: VWS

13.2.2 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven aan de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De uitgaven die op dit onderdeel worden geraamd, hebben betrekking op de bijdrage die het Rijk verleent aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten om de grondslagverkleining te compenseren die optreedt als gevolg van de invoering van het nieuwe belastingstelsel op 1 januari 2001. Door de herziening van het belastingstelsel versmalt de grondslag voor de premieheffing bij de volksverzekeringen, waaronder de AWBZ. Dit is onder andere een gevolg van de introductie van de zogenoemde heffingskortingen in het belastingstelsel. Om de fondsen voor de hieruit voortvloeiende premiederving te compenseren, wordt een bijdrage in de kosten van kortingen (bikk) ingevoerd.

Tabel 2: percent punten dat de premiepercentages hoger zou zijn zonder bikk

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
–	1,13	1,12	1,46	1,44	1,44	1,44

Bron: VWS

13.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	3 080 504	4 854 419	5 565 096	5 651 733	5 740 733	5 833 733	5 928 732
Uitgaven (totaal)	3 080 504	4 854 419	5 565 096	5 651 733	5 740 733	5 833 733	5 928 732
Programma-uitgaven (totaal)	3 080 504	4 854 419	5 565 096	5 651 733	5 740 733	5 833 733	5 928 732
– Gedeeltelijke dekking uitgaven ziekenfondsverzekering			3 174 096	3 174 733	3 174 733	3 174 733	3 174 733
– Gedeeltelijke dekking uitgaven AWBZ			2 391 000	2 477 000	2 566 000	2 659 000	2 754 000
Apparaatsuitgaven	0	0	0	0	0	0	0
Ontvangsten	0	0	0	0	0	0	0

13.4 Budgetflexibiliteit

Ieder jaar wordt de hoogte van de bijdrage van het Rijk in de kosten van de uitvoering van de Ziekenfondswet vastgesteld. De hoogte van de premieheffing voor de ziekenfondsverzekering wordt mede op basis van deze bijdrage bepaald. De uitgaven voor 2002 zijn na vaststelling van de bijdrage voor 100% verplicht. Voor de jaren daarna bestaat formeel geen verplichting. De hoogte van de uitgaven voor de bijdrage in de kosten van kortingen (bikk) worden bepaald in de Wet Financiering Volksverzekeringen, op basis van formules die de bijdrage koppelen aan de hoogte van de heffingskortingen en het aandeel van de heffingskortingen dat neerslaat in de AWBZ. Hiermee zijn de bedragen voor alle jaren voor 100% verplicht.

BELEIDSARTIKEL 14: ALGEMEEN

14.1 Algemeen

Onder dit beleidsartikel vallen uitgaven die niet specifiek aan een van de beleidsdoelstellingen uit de beleidsartikelen zijn toe te rekenen. Het gaat hierbij om departementsbrede programma- en departementsbrede apparaatuitgaven.

14.2 Operationele doelstellingen

14.2.1 Het bevorderen van internationale samenwerking op beleidsterreinen van VWS

De belangrijkste doelstelling van de internationale samenwerking op VWS-terrein is het beïnvloeden van en bijdragen aan afspraken en richtlijnen in internationale verbanden, met name de Europese Unie, de Raad van Europa, de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). Daarnaast is het van belang actief gebruik te maken van de kennis aanwezig bij deze internationale organisaties en deze informatie bij de eigen beleidsontwikkeling te betrekken.

Onze betrokkenheid bij de Europese Unie is zeer groot. Zo is circa een kwart van alle EG-regelgeving ter voltooiing van de interne markt een aangelegenheid van VWS. Te denken valt hierbij aan EG-regelgeving op het terrein van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, bloedveiligheid, weefsels en organen van menselijke oorsprong, voedselveiligheid, tabaksproducten, cosmetica, gevaarlijke stoffen, speelgoed, destructie dierlijk afval, diploma's van artsen en verpleegkundigen, en sociale ziektekostenverzekeringen. Ook is VWS betrokken bij allerlei actieprogramma's zoals inzake de preventie van drugsverslaving; AIDS en andere overdraagbare ziekten; zeldzame ziekten; gezondheidsmonitoring; jeugd; sociale uitsluiting en kaderprogramma onderzoek en technologische ontwikkeling. Ook heeft de EU door uitspraken van het Europese Hof van Justitie raakvlakken met het beleid van VWS, zoals bijv. het Bosman-arrest in verband met het vrij verkeer van sporters en de arresten Kohl-Decker alsmede het arrest Smits/Peerbooms in verband met het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De Europese regelgeving biedt directe kansen voor in Nederland gewenst beleid ter bescherming van de volksgezondheid (bijvoorbeeld op het terrein van voedselveiligheid en de veiligheid van bloed, organen en weefsels) of ter bevordering van het vrije verkeer van personen (bijvoorbeeld bij onderlinge aanpassing van diploma's van medische beroepsbeoefenaren). Anderzijds kan de Europese regelgeving ook bedreigingen voor de nationale verworvenheden en beleidlijnen inhouden. Soms betekent de overheveling van bevoegdheden naar de EU ook dat de eigen beleidswensen (ten dele) niet gerealiseerd kunnen worden. Het is in ons belang om zo vroeg mogelijk in te spelen op de kansen en bedreigingen van Europese ontwikkelingen op VWS-terrein.

De samenwerking in het kader van de Raad van Europa strekt zich eveneens uit over vele VWS-terreinen. De Raad maakt samenwerking mogelijk op terreinen die in verband met het subsidiariteitsprincipe niet door de EU behandeld kunnen worden of die nog niet rijp zijn voor Europese integratie (waarop de EU zich richt). Van de voor VWS-relevante terreinen kunnen genoemd worden de kwaliteit en veiligheid van bloed en

bloedproducten; de kwaliteit en veiligheid van humane organen weefsels, en cellen; xenotransplantatie; patiëntenrechten; de classificatie van geneesmiddelen (Pharmacopee); drugs («Pompidougroep»); sociale cohesie, gehandicaptenbeleid, jeugd; en sport. Ook is de Raad actief op het terrein van de medische ethiek. Het beleidsdoel van onze samenwerking op dit gebied is het bevorderen van de totstandkoming van internationale afspraken op medisch-ethisch terrein alsmede de integratie van internationale afspraken in nationaal beleid. Binnen de Raad van Europa wordt deelgenomen aan het Steering Committee on Bioethics waar thans de volgende protocollen in voorbereiding zijn ter verdere uitwerking van het Verdrag inzake Rechten van de mens en biogeneeskunde: Protocol inzake Transplantatie; Protocol inzake Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek; Protocol inzake Genetica; en Protocol inzake Embryos.

De inzet bij de samenwerking in het kader van WHO, die in nauw overleg met de Minister voor Ontwikkelingssamenwerking plaats vindt, is drieërlei. In de eerste plaats steun verlenen aan de initiatieven van de nieuwe Directeur-Generaal van de WHO, dr. Brundlandt, om de WHO als leidende internationale organisatie op het gebied van de volksgezondheid een hoog aanzien te geven en aan haar maatregelen gericht op een herprioritering van taken en een aanpassing van de organisatie en werkwijzen van de WHO. In de tweede plaats beïnvloeden van WHO-standpunten op voor Nederland belangrijke terreinen zoals de totstandkoming van een Framework Convention on Tobacco Control, geneesmiddelen (bijv. grondstoffen voor farmaceutische producten; toegang tot essentiële geneesmiddelen voor ontwikkelingslanden), infectieziekten, medische ethiek (bijv. klonen van mensen), en de verbetering van de methodologie om de prestaties van gezondheidssystemen te meten (naar aanleiding van het World Health Report 2001 over Health Systems Performance). In de derde plaats kan de WHO beschouwd worden als een «Center of Excellence», dat over veel kennis, technische expertise en netwerken beschikt, waarvan actief gebruik gemaakt moet worden.

De samenwerking in het kader van de OESO concentreert zich wat VWS betreft op een drietal terreinen: biotechnologie (inclusief voedselveiligheid, xenotransplantatie), ontwikkeling van sociale indicatoren en vergelijking van zorgstelsels. Op laatstgenoemde terrein verdienen twee activiteiten bijzondere aandacht. De eerste is een internationale vergelijking van zorgstelsels, van zorggebruik en van kosten die mede door expertise vanuit VWS wordt uitgevoerd en in de fase van afronding is. In de tweede plaats heeft de OESO – mede op initiatief van Nederland – besloten tot een «horizontal health programme», dat de activiteiten van meerdere directies binnen de OESO-organisatie op het gebied van de gezondheidszorg in samenhang brengt. Een belangrijke activiteit in dit kader is een bijdrage te leveren aan de verbetering van de methodologie voor het meten van prestaties van gezondheidszorgsystemen; hierbij wordt nauw samengewerkt met de WHO. Voor dit «horizontale» programma is een Stuurgroep in het leven geroepen waarvan VWS de eerste voorzitter heeft geleverd. Naar verwachting zullen de OESO-activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg interessant vergelijkingsmateriaal over zorgstelsels opleveren.

Behalve in multilateraal kader vindt ook samenwerking plaats in bilateraal kader. Prioriteit wordt daarbij gegeven aan de buurlanden en voorts aan de landen van Midden- en Oost-Europa, in het bijzonder de nieuwe toetreders tot de EU. Onze inspanningen vinden plaats in het kader van

het bilaterale ondersteuningsprogramma's van de regering met betrekking tot Midden- en Oost Europese landen (MATRA-programma, Pre-accessieprogramma).

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

a. *Overleg:*

- Deelname aan internationaal overleg van VWS-bewindslieden en ambtenaren.
- Gestructureerd overleg met het veld van gezondheid, zorg en welzijn voor de inbreng van hun expertise bij de voorbereiding van Nederlandse standpuntbepaling in het internationaal overleg.

b. *Subsidiëring.* Subsidiëring van activiteiten en projecten voor internationale, multilaterale en bilaterale samenwerking.

c. Inzet van VWS-attache's bij de PV-EU te Brussel, de PV-VN te Geneve, de PV-OESO, en de Nederlandse ambassade in Parijs en Washington.

d. Detachering van VWS-medewerkers bij internationale organisaties.

e. *Informatievoorziening:* Het instandhouden en verbeteren van een systeem van informatievoorziening dat relevante ontwikkelingen bij internationale organisaties, zowel analoog als digitaal, opspoor, ontsluit, toegankelijk maakt en beschikbaar stelt, dat voorziet in het beschikbaar stellen van informatie over internationale activiteiten van VWS richting het veld en onze ambassades en zusterministeries in het buitenland.

14.2.2 Het bevorderen van informatiebeleid in de zorg

Het informatiebeleid in de zorg strekt zich uit over de volgende drie niveaus.

1. De kwaliteit van de informatie die gebruikt wordt bij de hulpverlening aan een patiënt of cliënt (behandelinformatie). De hoofddoelstelling is het scheppen van de randvoorwaarden voor het realiseren van een landelijk toegankelijk transmuraal Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Deze doelstelling is uitgewerkt in de Beleidsbrief en actieplan ICT in de zorg (TK 2000–2001, 27 529, nr. 1, 28 november 2000).
2. Het verbeteren van de kwaliteit van en de toegang tot informatie over gezondheid en zorg voor de (potentiële) zorgvrager. Als zwaartepunt is gekozen voor het realiseren van een portalsite op internet waarin de voor de burger beschikbare informatie over gezondheid en ziekte, over de zorg en het zorgstelsel toegankelijk wordt gemaakt. Deze aanpak is toegelicht in het kabinetstandpunt over het advies «Patiënt en Internet» van de Raad voor Volksgezondheid (RVZ) (TK 2000–2001, 27 400 XVI, nr. 13).
3. Het verbeteren van de beleidsinformatie over de zorg en het gevoerde beleid. Hoewel de afgelopen jaren hierin al veel is geïnvesteerd, heeft VBTB geleid tot het opnieuw overdenken van de relatie met de kennisinstellingen en van de wijze waarop de Kamer over ontwikkelingen op het terrein van zorg en welzijn wordt geïnformeerd.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

a. *ICT-platvorm in de zorg:* Op bestuurlijk niveau is het zorgbrede ICT-platform in de zorg (IPZorg) gerealiseerd. Hierin zijn aanbieders, beroepsbeoefenaren, patiëntenvertegenwoordigers en verzekeraars naast de ministeries van EZ en VWS vertegenwoordigd. Dit overleg treedt op als afstemmingsoverleg bij de realisatie van het zorgbrede Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit structurerende overleg zal in

2002, mogelijk in een iets andere vorm, worden gecontinueerd. Ter ondersteuning van de realisatie van het EPD worden activiteiten op het terrein van standaardisatie gefinancierd. Ook het verdere ontwerp en het testen van de noodzakelijke infrastructuur en van de informatiestructuur worden financieel ondersteund. Eind 2002 moet er zo veel kennis en ervaring zijn gegenereerd dat vanaf 2003 in grote delen van de zorg een EPD kan worden ingevoerd.

- b. *Portalsite*: Inmiddels wordt in gezamenlijk overleg met een aantal instellingskoepels, beroepsorganisaties en organisaties van patiënten en van zorgverzekeraars gewerkt aan het realiseren van de eerste versie van een portalsite aan eind van 2001. In 2002 zullen zowel het draagvlak voor de portalsite (de deelnemende organisaties) als de omvang van de beschikbare data worden uitgebreid. Eind 2002 moet via de portalsite betrouwbare informatie beschikbaar zijn over gezondheidsbevordering en ziektepreventie, over de meest voorkomende ziektebeelden en handicaps en de mogelijkheden van behandeling, over het aanbod en de wachtlijsten en -tijden van ten minste 50% van de instellingen voor intra- en extramurale zorg en over de organisatie van de zorg (het zorgstelsel). Ook zal dan overeenstemming moeten zijn bereikt over de wijze waarop de kwaliteitsborging van de aangeboden informatie kenbaar wordt gemaakt aan de burger die de portalsite bezoekt.
- c. *Beleidsinformatie*: Enerzijds wordt gewerkt aan het stroomlijnen en beter vergelijkbaar maken van de beschikbare informatie, bijvoorbeeld doordat met het CBS wordt samengewerkt bij het ontwikkelen van een verbeterde standaard bedrijfsindeling (SBI) of doordat aansluiting wordt gezocht bij het in oprichting zijnde Basis Bedrijven Register. Hier wordt aangesloten bij het BZK-project «Stroomlijning Basisgegevens». Anderzijds zijn en worden met sectorale kennisinstellingen afspraken gemaakt over het geordend presenteren van de voor hen toegankelijke informatie over de verschillende zorg- en welzijnssectoren, onder andere in de primair voor de Kamer bedoelde «brancherapporten nieuwe stijl». Zie hiervoor het plan van aanpak informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 573, nr. 57). In 2001 verschijnt de eerste proeve van de «brancherapporten nieuwe stijl», op termijn moeten deze rapportages een breed beeld geven van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren.

14.2.3 Project indicatiestelling:

Zowel op regionaal als op landelijk niveau acties ondernemen die leiden tot een meer professionele en kwalitatief verantwoorde indicatiestelling

De modernisering van de AWBZ is erop gericht om het in essentie aanbodgestuurde systeem om te bouwen tot een systeem dat in essentie vraaggestuurd is. Als de vraag het vertrekpunt vormt voor de sturing van de zorg, dan zal de zorgvraag breed en integraal geïndiceerd moeten worden. Dit betekent dat de bestaande RIO's moeten uitgroeien tot brede en integraal werkende indicatieorganen voor de AWBZ, voor de Wvg en voor wonen en welzijn.

Het project Robuuste RIO's richt zich op de verbetering van de indicatiestelling (scholing, verbetering van indicatieformulieren), de kwaliteit van de bedrijfsvoering van de RIO's (bedrijfsprocessen, informatisering, benchmarking), en verbreding en opschaling van de RIO's.

Instrumenten die voor het verwezenlijken van deze doelstelling worden ingezet

Gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor het oprichten van RIO's ontvangen een uitkering op basis van concrete resultaatafspraken met VWS. Daarnaast loopt er aantal landelijke trajecten gericht op scholing, uniformering van de indicatiestelling en benchmarking. Het project wordt uitgevoerd in samenwerking met de Vereniging Nederlandse Gemeenten en de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen.

14.2.4 Project modernisering care:

Het vervangen van aanbodsturing door vraagsturing om de keuzevrijheid en zeggenschap van de verzekerden te vergroten

Doelstelling van de Modernisering AWBZ (nota «Zicht op Zorg», juni 1999) is de keuzevrijheid en zeggenschap van de verzekerden te vergroten en het verzekeringskarakter van de AWBZ te herstellen. Een verzekerde die beschikt over een geldige indicatie dient binnen een redelijke termijn de geïndiceerde zorg te krijgen. De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing krijgt onder meer vorm door de invoering van persoonsgebonden bekostiging en de verruiming van het zorgaanbod, zodat de klant ook iets te kiezen heeft. Daartoe wordt de subsidieregeling PGB aangepast. Doel is de subsidieregeling te ontschotten en te baseren op functionele categorieën die AWBZ-breed gelden. Daarnaast zal de uitvoering worden vereenvoudigd, waardoor de lasten voor zowel klant als uitvoeringsorganisatie worden beperkt. Bij de verruiming van het zorgaanbod gaat het enerzijds om de mogelijkheid dat toegelaten aanbieders ook in andere AWBZ-sectoren zorg kunnen leveren, anderzijds om het toelaten van nieuwe aanbieders.

Voorwaarde voor de invoering van de nieuwe PGB-regeling is onder meer het op functionele leest schoeien van de indicatiestelling. Een andere voorwaarde is de opbouw van een AWBZ-brede zorgregistratie. De Modernisering AWBZ is door de Tweede Kamer aangemerkt als groot project.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Subsidiëring.* Subsidies voor de opzet van een AWBZ-brede zorgregistratie en voor kwaliteitsverbetering van de indicatiestelling. Subsidies worden verstrekt aan verzekeraars/zorgkantoren en gemeenten. Zie ook 14.2.3.
- b. *Onderzoek.* Onderzoeken, experimenten en monitoring rond indicatiestelling en traject vraagsturing en modernisering PGB.
- c. *Stimulering koplopers.* Faciliterings- en stimuleringsprogramma voor regio's die als «koploper» kunnen worden aangemerkt o.m. middels organiseren (regionale) conferenties en site op internet (www.opkop-zorg.nl).
- d. *Communicatie.* Communicatie vindt plaats door onder meer de Nieuwsbrief modernisering AWBZ.

**14.2.5 Project Stelselherziening:
Informatie verzamelen op basis waarvan gefundeerde
keuzes kunnen worden gemaakt voor de inrichting van
(delen van) het verzekeringsstelsel en de sturing van de
zorg**

De moderniseringsprojecten voor cure en care en de vernieuwing van het verzekeringsstelsel vormen het hart van de Beleidsagenda 2002. De projecten voor cure en care zijn toegelicht in paragraaf 2.2.3 respectievelijk 14.2.4. Gemeenschappelijk veranderingsthema in de vernieuwingsoperaties is meer flexibiliteit, klantgerichtheid en innovatief vermogen, te bereiken door meer ruimte voor partijen in de organisatie en uitvoering van de zorg. Die ruimte komt tot stand in een geleidelijk proces, waarbij de overheid er op toeziet dat publieke belangen als toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en solidariteit geborgd blijven. In de nota «Vraag aan bod», die op 6 juli 2001 aan de Tweede Kamer is verstuurd, zijn in een indicatieve beleidsagenda de twee sporen geschetst waarlangs de noodzakelijke vernieuwing van het zorgstelsel verloopt. Het eerste spoor betreft de veranderingen in de sturing van de zorg. Langs het tweede spoor verlopen de aanpassingen in het verzekeringsstelsel die noodzakelijk zijn voor de realisatie van de verandering in de sturing. Wij achten het noodzakelijk dat beide sporen in nauwe samenhang verder worden ontwikkeld.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van de doelstelling worden ingezet

Onderzoek.

- Onderzoek en monitoring in het kader van de vormgeving van vernieuwingen in sturing en verzekeringsstelsel. Om bij het begin van de volgende regeerperiode concrete stappen te kunnen zetten dient een aantal van de in «Vraag aan bod» opgenomen thema's van een verdere uitwerking te worden voorzien. Onder andere gaat het daarbij om de inhoud en vormgeving van het marktmeesterschap in relatie tot het mededingingstoezicht, verbetering van de informatievoorziening en deelmarktspecifieke onderzoeken. De invulling van de kabinetsvoornemens met betrekking tot functionele pakketomschrijving, preferred provider arrangementen en collectieve contracten behoeft nader onderzoek. Op het terrein van de financiering zal nader onderzoek plaatsvinden naar de premiestructuur, de vormgeving van eigen betalingen, fiscale compensatiemogelijkheden en systemen van risicoverevening tussen verzekeraars.
- Onderzoek naar knelpunten, analyse van mogelijke wijzigingen en evaluatie van genomen maatregelen in het onderhoud van het verzekeringsstelsel en het sturingsmodel van de zorg. Hierin passen ook de (jaarlijkse) opdrachten tot onderzoek naar verschillende onderdelen van het verzekeringsstelsel of het sturingsmodel van de zorg. Deze vinden plaats in het kader van onderhoudswerkzaamheden gericht op het wegnemen van kleinere knelpunten of aanpassingen aan gewijzigde maatschappelijke omstandigheden. Ook evaluaties van (beperkte) wijzigingen in het stelsel en de sturing van de zorg vallen hieronder.

14.2.6 Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP): Het geven van een samenhangende beschrijving van de situatie op sociaal en cultureel terrein

Het SCP is een wetenschappelijk instituut dat zelfstandig onderzoek doet en op basis hiervan gevraagd en ongevraagd adviezen uitbrengt. Het SCP staat als wetenschappelijk instituut ten dienste van het hele overheidsbeleid. Formeel valt het onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS, de coördinerend minister voor het sociaal en cultureel beleid.

De taken van het SCP zijn:

- Het beschrijven en analyseren van de huidige en toekomstige sociale en culturele ontwikkelingen in Nederland en het periodiek hierover rapporteren aan het kabinet, de Tweede Kamer, de departementen en het algemene publiek.
- Het analyseren van sociale en culturele problemen, het opsporen van oorzaken en gevolgen en het op basis hiervan bijdragen aan verantwoorde beleidskeuzen.
- Het beschrijven en analyseren van beleidsprocessen en -resultaten en het evalueren hiervan aan de hand van algemene beleidsprincipes en specifieke beleidsdoelstellingen.

Tot de permanente activiteiten van het SCP behoort het vervaardigen van het tweejaarlijkse Sociaal en Cultureel Rapport (SCR), de Sociale Staat van Nederland (SSN, voorheen Sociale en Culturele Verkenningen), rapportages over specifieke bevolkingscategorieën en beleidsthema's en het vierjaarlijkse Memorandum Quartaire Sector.

Eens per twee jaar legt het SCP zijn activiteiten vast in het Werkprogramma SCP. Dit Werkprogramma bevat telkens de planning voor de komende twee jaar. Het programma wordt onder meer besproken in het Begeleidingscollege SCP. Dat fungeert als adviesorgaan en wordt gevormd door vertegenwoordigers van de betrokken ministeries, de planbureaus, het CBS, de KNAW, het IPO, de VNG en de wetenschappelijke bureaus van de grote politieke partijen. Het werkprogramma wordt vervolgens besproken in de Commissie Sociaal en Cultureel Beleid (CSCB) en ten slotte voorgelegd aan de Raad voor het Sociaal en Cultureel Beleid (RSCB). Nadat de betrokkenen zijn gehoord, stelt de minister van VWS het Werkprogramma uiteindelijk vast.

Het Werkprogramma 2002–2003 wordt in het laatste kwartaal van 2001 vastgesteld, zodat nog geen precieze planning van de werkzaamheden kan worden gepresenteerd. Gezien de grote mate van continuïteit en de doorloop van het werkprogramma 2000–2001 zullen de volgende periodieke rapportages naar verwachting in het werkprogramma worden opgenomen: SCR 2002 en SSN, rapportages over minderheden, gehandicapten en jeugd, armoedemonitor, emancipatiemonitor, (vrije)tijdsbesteding in Nederland, sportmonitor en monitor lokaal sociaal beleid.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

- a. *Onderzoek.* Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en het publiceren daarover.
- b. *Diverse werkzaamheden.* Dit houdt in: surveys uitvoeren, modellen ontwikkelen, presentaties houden en artikelen publiceren, deelname aan commissies, adviesorganen en werkgroepen.

Tabel 1: prestatiegegevens 2002

Output	Input	kosten (x € 1000)
(uren wetenschappelijk onderzoek)		
a. Rapporten en adviezen (25 rapporten)	54 000 uur	5 151,8
b. Surveys en modellen	5 500 uur	524,6
c. Presentaties/artikelen	6 000 uur	572,7
d. Commissiewerkzaamheden	2 500 uur	238,7
Totaal	68 000 uur	6 487,7

14.2.7 Raad voor maatschappelijke ontwikkeling (RMO): Het adviseren over algemene maatschappelijke ontwikkelingen

De RMO richt zich primair op de gevolgen van maatschappelijke ontwikkelingen voor beleidsontwikkeling, voorzover deze van invloed zijn op de participatie van burgers in de samenleving en de stabiliteit van de samenleving.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

De RMO verzorgt adviezen op verzoek van het kabinet, dat jaarlijks een adviesprogramma vaststelt. Daarnaast kan zowel de Eerste als de Tweede Kamer verzoeken om een advies en kan de RMO ook op eigen initiatief advies uitbrengen. Het werkprogramma voor het jaar 2002 is nog niet vastgesteld, want het wordt voor de begrotingsbehandeling aangeboden aan de Tweede Kamer. Voor het jaar 2001 is gekozen voor een drietal thema's:

- Burn-out. Een verkennend en signalerend advies over de sociologische verklaringen van burn-out en aanbevelingen daarover voor het beleid.
- Besturingsparadigma's voor eigen verantwoordelijkheid. Wat zijn effectieve sturingsmodellen, waarmee wordt een maximum aan eigen verantwoordelijkheid bevorderd binnen strikte randvoorwaarden.
- Community care. Welke maatschappelijke condities zijn nodig om community care succesvol te laten zijn, hoe is de aansturing op de middellange en lange termijn, hoe zijn de verantwoordelijkheden verdeeld in binnenlands bestuur en tussen publieke en private actoren, hoe krijgt de relatie tussen community care en geïnstitutionaliseerde voorzieningen vorm, wie is verantwoordelijk voor sturing van het zorgnetwerk en wat valt er te leren van ervaringen uit het buitenland.

De effecten staan in het jaarverslag VWS. Hierin wordt aangegeven:

- het aantal gerealiseerde adviezen;
- tot welke besluitvorming en acties een advies heeft geleid;
- of er buiten het reguliere adviesprogramma adviesaanvragen in behandeling zijn genomen.

Daarnaast brengt de RMO een eigen jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten uitgebreid worden toegelicht.

14.2.8 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ): Het adviseren over zorgthema's en volksgezondheid

De RVZ heeft tot taak een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een visie en strategische beleidskeuzen op het terrein van volksgezondheid en zorg.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

De RVZ verzorgt adviezen op verzoek van het kabinet, dat jaarlijks een adviesprogramma vaststelt. Daarnaast kan zowel de Eerste als de Tweede Kamer verzoeken om advies en kan de RVZ ook op eigen initiatief advies uitbrengen.

Voor het werkprogramma 2001–2002 concentreren de adviezen van de RVZ zich rond drie thema's:

- Eigen verantwoordelijkheid van de burger. Hierbij staat de vraag centraal hoe we omgaan met beter geïnformeerde, mondige en welvarende burgers in relatie tot beperkte middelen voor gezondheidszorg in een systeem van publiek/private samenwerking. Ook de biowetenschappelijke ontwikkeling is relevant.
- Gezondheidsbevordering/public health. Hierin staat centraal de relatie tussen volksgezondheid en zorg en de invloed van technologische ontwikkelingen, zoals ICT.
- Gevolgen externe ontwikkelingen voor de zorg. Centraal staat de opgave om de zorg meer in de samenleving te organiseren, maar ook de vraag of winstoogmerk in de zorg toelaatbaar is.

Voor 2002 zijn, vooruitlopend op een nieuw werkprogramma, op dit moment vijf gevraagde adviezen geprogrammeerd. De effecten worden weergegeven in het jaarverslag VWS. Hierin wordt aangegeven:

- het aantal gerealiseerde adviezen;
- tot welke besluitvorming en acties een advies heeft geleid;
- of er buiten het reguliere adviesprogramma adviesaanvragen in behandeling zijn genomen.

Daarnaast brengt de RVZ een eigen jaarverslag uit, waarin gerealiseerde activiteiten en producten uitgebreid worden toegelicht. In 2002 publiceert de RVZ een eigen trendanalyse.

14.2.9 Gezondheidsraad (GR): Het adviseren over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid

De Gezondheidsraad heeft tot taak de ministers en de beide Kamers der Staten-Generaal voor te lichten over de stand van wetenschap in vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De taakopdracht strekt zich ook uit tot het signaleren van ontwikkelingen die voor het overheidsbelang relevant zijn.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

De Gezondheidsraad brengt gevraagd en ongevraagd advies uit. Steeds zijn er circa 35 commissies en beraadsgroepen actief met het opstellen van adviezen. In de advisering worden zowel leden van de Gezondheidsraad als andere deskundigen betrokken (circa 450 personen).

Het werkterrein van de Gezondheidsraad omvat de volgende onderwerpen: geneeskunde, gezondheidszorg, milieuhygiëne, voeding, arbeidshygiëne en leefomstandigheden.

Het Werkprogramma 2002, dat in september 2001 door de minister zal worden vastgesteld, beschrijft de onderwerpen voor 2002. De volgorde waarin nieuwe onderwerpen ter hand worden genomen, hangt af van de prioriteiten die door de bewindslieden zijn gesteld en van de capaciteit die binnen het secretariaat beschikbaar komt voor de voltooiing van lopende projecten. Door onvoorziene adviesaanvragen kunnen eerder gestelde prioriteiten veranderen.

De effecten worden weergegeven in het jaarverslag VWS. Hierin wordt aangegeven:

- het aantal gerealiseerde adviezen;
- tot welke besluitvorming en acties een advies heeft geleid;
- of er buiten het reguliere adviesprogramma adviesaanvragen in behandeling zijn genomen.

Daarnaast brengt de GR een eigen jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten uitgebreid worden toegelicht.

14.2.10 Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): Het adviseren over zorgthema's en volksgezondheidsaspecten

De RGO is een van de vijf sectorraden en heeft tot taak de ministers van VWS, OCenW en EZ te adviseren over prioriteiten in het gezondheidsonderzoek, de daarbij behorende kennisinfrastructuur en de technologieontwikkeling in de gezondheidssector.

Instrumenten die voor de verwezenlijking van deze doelstelling worden ingezet

De RGO brengt adviezen uit op verzoek van de betrokken ministers, die daartoe jaarlijks het werkprogramma van de Raad vaststellen. Daarnaast kan de RGO uit eigen beweging voorstellen doen op basis van de het door de ministers vastgestelde beleid. Voor 2002 en 2003 worden adviezen verwacht voor de volgende thema's:

- Technologische innovatie en gezondheidsonderzoek.
- Public health: advies Kennisinfrastructuur.
- Onderzoek Infectieziekten.
- Onderzoek Genomics.
- Onderzoek Traumazorg.
- Onderzoek Arbeid en Gezondheid.
- Onderzoek Fysiotherapie.
- Programmering studie Allochtonen en gezondheid.
- Programmering studie Forensische psychiatrie.

Daarnaast verzorgt de RGO in 2001 en 2002 het secretariaat van het Platform Health Technology Assessment, dat zich bezighoudt met voorstellen over de richting en programmering van HTA-onderzoek.

De effecten worden weergegeven in het jaarverslag VWS. Hierin wordt aangegeven:

- het aantal gerealiseerde adviezen;
- tot welke besluitvorming en acties een advies heeft geleid;

- of er buiten het reguliere adviesprogramma adviesaanvragen in behandeling zijn genomen.

Daarnaast brengt de RGO een eigen jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten worden toegelicht.

14.2.11 Personeel en materieel kernministerie

In dit gedeelte gaat over de apparaatsuitgaven van het kernministerie die geen directe relatie hebben met de doelstelling zoals opgenomen bij de voorgaande beleidsartikelen. Het betreft de personele en materiële uitgaven voor stafdiensten, facilitaire diensten en de uitgaven voor huisvesting.

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de verdeling van het beschikbare aantal fte's over de verschillende artikelen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PERSONEEL KERNMINISTERIE							
Stafdirecties							
Aantal fte's	555,95	531,11	518,11	518,11	518,11	518,11	518,11
Facilitaire dienstverlening							
Aantal fte's	185,36	174,86	164,86	164,86	164,86	164,86	164,86
fte's toegerekend aan beleidsartikelen							
Gezondheidsbevordering en -bescherming	70,73	62,13	61,13	61,13	61,13	61,13	61,13
Curatief somatische zorg	187,9	181,9	179,9	179,9	179,9	179,9	179,9
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	47,85	46,85	43,85	43,85	43,85	43,85	43,85
Gehandicaptenzorg	48,5	39	37	37	37	37	37
Verzorging, verpleging en ouderen	51,7	48,7	46,7	46,7	46,7	46,7	46,7
Arbeidsmarktbeleid	35,5	30,5	30,5	30,5	30,5	30,5	30,5
Jeugdbeleid	61,52	49,02	47,02	47,02	47,02	47,02	47,02
Sociaal beleid	61,18	53,18	48,18	48,18	48,18	48,18	48,18
Sportbeleid	42,6	34,6	34,6	34,6	34,6	34,6	34,6
Verzetsdeelnemers, vervolgd en oorlogsgetroffenen	27,5	15	12	12	12	12	12
Totaal aantal fte's kernministerie	1 376	1 267	1 224	1 224	1 224	1 224	1 224
Gemiddelde loonsom kerndepartement	54	55	58	58	58	58	58
PERSONEEL OVERIG MINISTERIE							
Inspectie Gezondheidszorg							
Fte's Inspectie gezondheidszorg (BH 66)	327	332	332	332	332	332	332
Gemiddelde loonsom	57	59	61	61	61	61	61
Fte's Inspectie Jeugdhulpverlening en -jeugdbescherming (BH 49)	29,5	30,5	30,5	30,5	30,5	30,5	30,5
RIVM (BH 54)							
Aantal fte's	1 381	1 378	1 422	1 422	1 422	1 422	1 422
Gemiddelde loonsom	51	53	55	55	55	55	55
Overig (Raden, SCP)							
Aantal fte's	208	210	209	209	209	209	209
Gemiddelde loonsom	57	59	61	61	61	61	61
Personeel Baten-lasten diensten							
Agentschap College ter beoordeling van Geneesmiddelen	103	110	110	110	110	110	110
Gemiddelde loonsom	53	55	57	57	57	57	57
Agentschap Keuringsdienst van Waren	823	877	871	871	871	871	871
Gemiddelde loonsom	50	52	54	54	54	54	54

14.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	127 076	164 202	133 632	132 794	127 428	122 242	122 242
Uitgaven (totaal)	129 251	162 999	135 098	132 907	127 438	122 242	122 242
Programma-uitgaven (totaal)	22 402	47 876	21 225	18 956	13 965	12 376	12 376
– Bevorderen internationale samenwerking			2 111	2 111	2 111	2 111	2 111
– Bevorderen informatiebeleid in de zorg			832	832	832	832	832
– Toegang tot de zorg op basis awbz en wvg			15 333	13 064	9 434	9 434	9 434
– Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ)			1 361	1 361			
– Stelselherziening			1 588	1 588	1 588		
Apparaatsuitgaven	106 848	115 123	113 873	113 951	113 474	109 865	109 865
– Sociaal en cultureel planbureau			6 731	6 537	6 539	6 541	6 541
– Raad voor de maatschappelijke ontwikkeling			1 321	1 320	1 321	1 321	1 321
– Raad voor de volksgezondheid en de zorg			3 048	2 933	2 935	2 935	2 935
– Gezondheidsraad			4 681	4 646	4 512	4 513	4 513
– Raad voor gezondheidsonderzoek			524	524	524	524	524
– Personeel en materieel kernministerie			97 569	97 991	97 643	94 031	94 031
Ontvangsten	6 646	1 802	1 802	1 802	1 802	1 802	1 802

14.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1000

	2002	2003	2004	2005	2006
Programma-uitgaven	21 225	18 956	13 965	12 376	12 376
Juridisch verplicht in %	3,8	0,2	0,0	0,0	0,0
Niet-Juridisch verplicht in %	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1

Voor een toelichting op de gehanteerde technische uitgangspunten, zoals het peilmoment en de termen juridisch verplicht en niet-juridisch verplicht, wordt verwezen naar de leeswijzer. Na aftrek van deze verplichte uitgaven resteert het bedrag aan uitgaven voor nog aan te gane verplichtingen in het jaar 2002 (en daarop volgende jaren). Het geeft in feite dat deel van de uitgaven aan dat nog niet belegd is met harde verplichtingen ten opzichte van derden. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze uitgaven geen concrete beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in deze begroting en reeds eerder verschenen nota's aan de Kamer verwoord. De uitvoering van deze beleidsvoornemens, waaronder het aangaan van de concrete verplichtingen, vindt deels thans en grotendeels in het komende begrotingsjaar plaats.

BELEIDSARTIKEL 15: NOMINAAL EN ONVOORZIEN

Algemeen

Beleidsartikel 15 is een technisch, administratief artikel. Hierop worden middelen voor de loon- en prijsbijstelling geparkeerd voordat ze worden overgeheveld naar de desbetreffende beleidsartikelen, en worden de onvoorziene uitgaven geraamd.

Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verplichtingen	0	- 10 958	- 16 334	- 12 714	- 10 183	- 12 362	- 9 489
Uitgaven (totaal)	0	- 11 674	- 16 334	- 12 714	- 10 183	- 12 362	- 9 489
Ontvangsten	0	0	0	0	0	0	0

Op dit artikel zijn taakstellingen geparkeerd, die noodzakelijk zijn voor intensiveringen elders op deze begroting. Het betreft hier taakstellingen die bij eerste suppletore wet 2001 door u zijn geaccordeerd (€ 11,3 mln. structureel), alsmede aanvullende taakstellingen die noodzakelijk zijn om knelpunten elders binnen de begroting op te lossen. De taakstellingen worden in het uitvoeringsjaar door de dan naar verwachting optredende onderuitputting ingevuld. Voor deze wijze van verwerking is gekozen omdat bij het opstellen van de begroting nog niet duidelijk is waar de onderuitputting zal gaan plaatsvinden.

BATEN-LASTENDIENSTEN

Onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS ressorteren twee baten-lastendiensten; het agentschap «Keuringsdienst van Waren» en het agentschap «College ter Beoordeling van Geneesmiddelen». In deze paragraaf wordt een toelichting gegeven op de begroting van baten en lasten van deze diensten. Beleidsmatig zijn de werkzaamheden van deze agentschappen toegelicht op beleidsartikel 2 voor het agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en op beleidsartikel 11 voor het agentschap Keuringsdienst van Waren.

Keuringsdienst van Waren

De Keuringsdienst van Waren bestaat uit de Algemene Directie te 's-Gravenhage en vijf regionale diensten te weten: Noord, Noord-West, Oost, Zuid en Zuid-West. Met ongeveer negenhonderd werknemers is de Keuringsdienst van Waren de grootste bijzondere opsporingsdienst in Nederland.

Aan elke regionale dienst is, naast een basis takenpakket, een speciaal aandachtsgebied toegewezen. Deze aandachtsgebieden zijn bedoeld om de landelijke uitvoering van toezicht en opsporing te ondersteunen. De regionale diensten beschikken over eigen laboratoria. Daardoor kunnen de controleurs van de regionale keuringsdiensten hun monsters binnen korte tijd onderzoeken. Deze organisatievorm maakt bovendien snel en gericht ingrijpen mogelijk en levert daarmee een bijdrage aan de (gezondheids)bescherming van de Nederlandse bevolking. De Keuringsdienst van Waren beschikt over een eigen internetsite (www.keuringsdienstvanwaren.nl) met daarop nadere informatie.

De meerjarenbegroting geeft een overzicht van de baten en lasten van de Keuringsdienst van Waren op het prijspeil van het jaar 2000. Op basis van geraamde aantallen producten (de inspecties, monsternemingen) en de integrale kostprijs die voor de producten is berekend, worden deze bij het moederdepartement in rekening gebracht. Voor de signalerings- en adviseringsprojecten beschikt de Keuringsdienst van Waren over een programmabudget.

Tabel 1: De begroting van baten en lasten van het agentschap Keuringsdienst van Waren (Bedragen x € 1000)

Baten	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Opbrengst Moederdepartement (productie)	61 754	58 456	59 053	59 036	59 066	59 087	59 087
Opbrengst Overige departementen							
Opbrengst tweeden/derden	1 039	908	908	908	908	908	908
Bijzonder baten	1 199						
Totaal Baten	63 992	59 364	59 960	59 944	59 973	59 994	59 994
Lasten							
Personele kosten	40 913	39 620	40 482	40 482	40 482	40 482	40 482
Materiële kosten	10 865	10 106	10 210	10 210	10 210	10 210	10 210
Huurkosten	4 974	5 309	5 309	5 309	5 309	5 309	5 309
Rentelasten	250	510	613	650	622	611	600
Afschrijvingskosten	2 584	3 207	3 312	3 175	3 045	2 774	2 517
Dotaties voorzieningen	1 099	227	250	250	272	272	295
Buitengewone lasten	88						
Totaal lasten	60 773	58 980	60 175	60 076	59 940	59 659	59 413
Saldo van baten en lasten	3 219	384	- 213	- 132	33	335	581

Baten*Moederdepartement*

De opbrengst van het moederdepartement kan verdeeld worden over de volgende productgroepen.

Tabel 2: opbrengst moederdepartement naar productgroepen (x € 1 miljoen)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Inspecties	30,9	31,2	31,2	31,2	31,2	31,2
Monster- onderzoeken	15,9	16,1	16,1	16,1	16,1	16,1
Signalerings- projecten	11,7	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8
Totaal	58,5	59,0	59,0	59,1	59,1	59,1

Opbrengst derden

De opbrengst derden vloeit voor namelijk voort uit de afgifte van certificaten voor de export.

Lasten

Personele kosten

De personeelskosten zijn als volgt opgebouwd:

Tabel 3: personeelskosten (x € 1000)						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Salarissen	37 724	38 404	38 404	38 404	38 404	38 404
Overige P-kosten	3 712	2 531	2 531	2 531	2 531	2 531
Totaal	41 436	40 936	40 936	40 936	40 936	40 936
Aantal fte	840	845	845	845	845	845
Gemiddelde prijs per fte	49,3	48,5	48,5	48,5	48,5	48,5

Materiële kosten

In de begrotingsstaat zelf zijn de huurkosten al apart vernoemd omdat zij een substantieel onderdeel vormen van de totale materiële kosten ($\pm 50\%$). De overige materiële kosten bestaan uit kosten voor bureaubehoeften, chemicaliën, publiciteitskosten, kosten voor onderzoek en onderhoud.

Rentelasten

De rentelasten vloeien voort uit rente- en aflossingsdragendvermogen en zijn berekend op basis van de laatst bekende rentepercentages.

Afschrijvingen

De afschrijvingen bestaan uit afschrijvingen over de vaste activa uit voorgaande jaren plus de afschrijvingen over de vaste activa die worden aangeschaft in de begrotingsjaren.

Tabel 4: afschrijvingen (x € 1000)								
	Afschrijvings term. in (jaar)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Laboratoriumapparatuur	10	1 117	1 224	1 252	1 271	1 268	1 279	1 044
Hulpapparatuur	5	95	123	161	193	232	272	254
Dienstauto's	5	226	449	524	532	514	340	113
Inventaris	10	105	157	214	254	256	259	538
Soft- en hardware	3	1 017	1 254	1 161	926	775	624	567
Totaal		2 584	3 207	3 312	3 175	3 045	2 774	2 517

Dotaties voorzieningen

De dotaties aan de voorzieningen betreffen wachtgeldverplichtingen.

**Tabel 5: De toelichting op de staat van kapitaaluitgaven en kapitaalontvangsten:
Het kasstroomoverzicht van het agentschap Keuringsdienst van Waren**

(Bedragen x € 1000)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rekening courant RHB 1-1	0	2 800	1 556	711	363	330	594
- totaal operationele kasstroom	4 860	2 945	2 536	2 603	2 692	2 782	2 795
- totaal investeringen -/-	5 355	4 129	4 538	2 269	2 269	2 269	2 269
- totaal boekwaarde desinvesteringen	0	0	0	0	0	0	0
- totaal investeringskasstroom	- 5 355	- 4 129	- 4 536	- 2 267	2 267	- 2 267	- 2 267
- eenmalige uitkering aan moederdepartement	- 4 812	- 1 872	- 444	0	0	0	0
- eenmalige storting door moederdepartement			0	0	0	0	0
- aflossing op leningen	- 1 513	- 2 317	- 2 936	- 2 949	- 2 725	- 2 516	- 2 441
- beroep op leenfaciliteit	9 624	4 129	4 538	2 269	2 269	2 269	2 269
- Totaal financieringskasstroom	3 295	- 55	1 601	- 682	- 455	- 247	- 172
Rekening courant RHB 31-12	2 800	1 556	711	363	330	594	948

**Tabel 6: Overzicht vermogensontwikkeling (in € 1000)
agentschap Keuringsdienst van Waren**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Eigen vermogen per 1/1	1 848	5 067	3 579	2 921	2 788	2 822	3 157
Saldo van baten en lasten	3 219	384	- 213	- 132	33	335	581
directe mutaties in het eigen vermogen							
- uitkering aan moederdepartement		- 1 872	- 444				
- exploitatiebijdrage moederdepartement							
- overige mutaties							
Eigen vermogen per 31/12	5 067	3 579	2 921	2 788	2 822	3 157	3 738

Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) levert een actieve bijdrage aan het goed en veilig gebruik van geneesmiddelen in Nederland. Om dit te bereiken, worden geneesmiddelen beoordeeld voordat ze op de markt worden toegelaten. Nadat ze toegelaten zijn, zorgt het College voor het actueel houden van de patiëntenbijsluiters en de productinformatie aan de hand van voortschrijdende kennis van en ervaring met deze geneesmiddelen.

Het CBG beschikt over unieke kennis op het gebied van de ontwikkeling en de postmarketing surveillance van geneesmiddelen. Omdat deze kennis ook op andere terreinen binnen de Nederlandse gezondheidszorg benut kan worden, streeft het CBG ernaar om haar kennis breder in te zetten. Op de CBG-website (www.cbg-meb.nl) worden niet alleen beoordelingsrapporten geplaatst, maar inmiddels zijn ook de wetenschappelijke bijsluiters van alle geneesmiddelen beschikbaar.

Het agentschap CBG (hierna te noemen ACBG) ondersteunt de taken van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, een zelfstandig bestuursorgaan. Het ACBG is de uitvoeringsorganisatie van het College. De taken van het College zijn neergelegd in artikel 29, lid 1 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Deze taken bestaan uit de beoordeling, de registratie en de bewaking van geneesmiddelen. Bij het aanwenden van de expertise wordt het belang van de geneesmiddelengebruiker centraal gesteld. Het College dient geneesmiddelen te beoordelen op louter wetenschappelijke gronden, zonder rekening te mogen houden met politieke en economische gronden. Bij de beoordeling staan de werkzaam-

heid van het geneesmiddel en de mogelijke schadelijkheid voor de gezondheid van de geneesmiddelengebruiker centraal.

Het CBG heeft vijf doelstellingen geformuleerd:

1. Het op kritische wijze beoordelen van geneesmiddelen;
2. Nauw betrokken zijn bij de Europese procedures. Tegenwoordig worden nieuwe geneesmiddelen mede via Europese procedures tot de Nederlandse markt toegelaten. Betrokkenheid bij de Europese registraties en de technische beleidsontwikkeling is dan ook van groot belang;
3. Het monitoren van geneesmiddelen op de markt en het eventueel nemen van maatregelen;
4. Het transparant maken van het beoordelingsproces;
5. Het optimaliseren van het beoordelingsproces.

Taken

Het ACBG voert de volgende taken uit:

1. Het voorbereiden en uitvoeren van besluiten tot toelating en registratie, de weigering van toelating en de doorhaling van de registratie van geneesmiddelen, alsmede het aanpassen van registratievoorwaarden aan de stand van de wetenschap. Het vaststellen van de afleverstatus van geneesmiddelen (uitsluitend recept of niet). Het actualiseren van «oude» registratiedossiers;
2. Het opstellen van beoordelingsrapporten over de ingediende aanvragen tot registratie, dan wel tot wijziging van de registratievoorwaarden. Een groot deel van de werkzaamheden wordt binnen het ACBG uitgevoerd, een deel wordt uitbesteed aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en ziekenhuizen. De communicatie met het bedrijfsleven, de beroepsgroepen en andere registratieautoriteiten vindt primair plaats vanuit het ACBG. De formele besluitvorming is en blijft uitsluitend een bevoegdheid van het College;
3. Het verrichten van beoordelingswerkzaamheden ten behoeve van het Europees bureau voor de beoordeling van geneesmiddelen (EMA);
4. De coördinatie van de geneesmiddelenbewaking (Post Marketing Surveillance) en het screenen van meldingen met betrekking tot de noodzaak van interventie door het College of door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Dit betreft het verzamelen van meldingen die afkomstig zijn van het landelijk meldingssysteem, meldingen van de registratiehouders en meldingen van de individuele beroepsbeoefenaren, alsmede het verzamelen van gegevens over meldingen uit andere lidstaten en meldingen die bij de Inspectie gezondheidszorg (IGZ) bekend zijn geworden;
5. Het opzetten en instandhouden van een systeem voor de registratie van homeopathische geneesmiddelen waarbij wordt beoordeeld in het kader van de zogenoemde «vereenvoudigde procedure». Dit betekent dat de beoordeling zich richt op de kwaliteit en de veiligheid van deze geneesmiddelen.

Dit leidt op hoofdlijnen tot een viertal «producten» van het agentschap:

1. beoordelen van nationale aanvragen;
2. beoordelen van Europese aanvragen;
3. geneesmiddelenbewaking;
4. beoordelen homeopathische aanvragen.

In tabel 1 staan de aan de producten toegerekende baten en lasten vermeld. Bij de baten zijn hiertoe de tarieven direct toegerekend aan de

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

Voor de doorberekening van de lasten is de basis de formatie van 114,6 fte's. De fte's van de afdelingen Geneesmiddelenbewaking en de afdeling Homeopathie worden direct toegerekend aan de respectievelijke producten. De fte's van de afdeling Registratie en de afdeling Klinici zijn verhoudingsgewijs toegerekend naar de producten nationale beoordelingen en Europese beoordelingen. De overige kosten zoals de salariskosten van met name de afdeling Bedrijfsvoering, de huisvestingskosten, bureaunkosten en afschrijvingen zijn naar rato van het aantal fte's van de vier producten verdeeld.

Tabel 1: De begroting van baten en lasten (x € 1000) van het agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Codering funct.
BATEN								
Nationale beoordelingen	4 260	10 811	11 133	11 394	11 662	11 938	12 222	05.0
Europese beoordelingen	2 212	2 043	2 147	2 147	2 147	2 147	2 147	05.0
Geneesmiddelenbewaking	0	0	0	0	0	0	0	05.0
Homeopathische beoordelingen	34	72	72	73	74	74	75	05.0
Overig	140	45	79	79	79	79	79	
Totaal baten	11 774	12 971	13 431	13 693	13 962	14 238	14 523	
LASTEN								
Nationale beoordelingen	5 346	5 598	5 783	5 921	6 073	6 231	6 392	
Europese beoordelingen	3 805	3 984	4 116	4 214	4 323	4 435	4 550	05.0
Geneesmiddelenbewaking	2 138	2 306	2 382	2 443	2 508	2 576	2 646	05.0
Homeopathische beoordelingen	731	792	839	856	876	896	917	05.0
Overig	0	0	0	0	0	0	0	
Totaal lasten	12 020	12 680	13 120	13 434	13 780	14 138	14 505	
Saldo van baten en lasten	- 244	291	311	259	182	100	18	

Indien we deze toerekening van de baten en lasten naar CBG-product onderverdelen naar de verschillende begrotingsposten dan geeft dat het volgende beeld:

Tabel 2: toerekening baten en lasten naar producten (x € 1000)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BATEN							
opbrengst moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
opbrengst overige departementen	0	0	0	0	0	0	0
opbrengst derden	11 634	12 926	13 352	13 613	13 883	14 159	14 444
Rentebaten	140	45	79	79	79	79	79
buitengewone baten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal baten	11 774	12 971	13 432	13 693	13 962	14 239	14 524
LASTEN							
Apparaatskosten							
* personele kosten	8 571	8 841	9 372	9 622	9 902	10 192	10 490
* materiele kosten	2 811	3 206	3 090	3 154	3 220	3 288	3 358
ZBO College	327	315	340	340	340	340	340
Rentelasten	0	0	0	0	0	0	0
Afschrijvingskosten							
* materieel	250	250	250	250	250	250	250
* immaterieel	61	68	68	68	68	68	68
dotaties voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
buitengewone lasten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	12 020	12 680	13 120	13 434	13 780	14 138	14 505
Saldo van baten en lasten	- 244	291	312	259	182	101	19

Hierna zijn per product de prestatie-indicatoren aangegeven en voorzover mogelijk de bijbehorende getallen. Probleem hierbij is dat in de begroting veel van deze gegevens niet geraamd kunnen worden, maar dat ze achteraf wel uitstekend verantwoord kunnen worden. Dat wordt veroorzaakt doordat de input niet te sturen is. Deze gegevens zullen derhalve in de komende jaren beschikbaar komen. Daarnaast kan het ACBG niet in alle gevallen de gegevens beïnvloeden, omdat we in een aantal gevallen afhankelijk zijn van andere organisaties die werk voor ons verrichten.

Product 1; Beoordelen van nationale aanvragen

De baten bestaan uit de directe tarieven voor nieuwe aanvragen en wijzigingen en de jaarvergoedingen voor het op de markt kunnen brengen van een geneesmiddel c.q. het geregistreerd staan in Nederland.

Het met de werkzaamheden gemoeide totaal aantal fte's (*zowel direct als indirect*) is circa 51.

In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (*RIVM*) voor circa 15 fte's beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.

Tabel 3: prestatiegegevens nationale beoordelingen			
Indicator	2000	2001	2002 e.v.j.
Aantal nieuwe aanvragen			
Aantal afgehandelde nieuwe aanvragen	645	591	591
Kostprijs afgehandelde aanvragen (in €)	2 417		
Wettelijke termijn	78%	85%	90%
Ingeschreven geneesmiddelen	10 258	10 197	10 200

Product 2; Beoordelen van Europese aanvragen

Beoordelen van Europese aanvragen kan via twee procedures geschieden.

Bij de **centrale** procedure wordt een product in één keer op Europees niveau geregistreerd. De beoordelingsaanvraag wordt bij de EMEA ingediend, waarna deze een (*co*-)rapporteur (*deskundigen uit de lidstaten*) aanwijst die het beoordelingsrapport opstelt. De (*co*-)rapporteurschappen worden bij toerbeurt verdeeld, rekening houdende met de voorkeuren van fabrikanten en het feit dat niet alle lidstaten in staat zijn als (*co*-)rapporteur op te treden.

Bij de **decentrale** procedure, oftewel de wederzijdse erkenningprocedure (*Mutual Recognition procedure: MRP*), wordt een product in verschillende lidstaten op nationaal niveau geregistreerd. Voor de aanvraag wordt gebruik gemaakt van een reeds verkregen handelsvergunning in één van de lidstaten (*Reference Member State: RMS*) en worden de overige lidstaten (*Concerned Member State: CMS*) verzocht tot erkenning van deze handelsvergunning over te gaan. Omdat de RMS haar beoordelingsrapporten aan de overige lidstaten ter beschikking stelt, is het in principe niet meer nodig dat de overige lidstaten een gehele beoordeling van het geneesmiddel uitvoeren, waardoor snelle(*re*) besluitvorming mogelijk is.

De baten bestaan voornamelijk uit de directe tarieven voor de beoordeling van nieuwe aanvragen en wijzigingen van zowel de centrale als de decentrale procedures, maar ook uit de jaarvergoedingen voor de geregistreerde producten bij het EMEA waarvoor Nederland rapporteur was.

Het met de werkzaamheden gemoeide totaal aantal fte's (*zowel direct als indirect*) is circa 36.

Het RIVM verricht voor circa 10 fte's beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.

Tabel 4: prestatiegegevens Europese beoordelingen			
Indicator	2000	2001	2002 e.v.j.
Aantal nieuwe aanvragen	8		
Aantal afgehandelde nieuwe aanvragen	316	143	148
Kostprijs afgehandelde aanvragen (in €)	2 754		
Wettelijke termijn	100%	100%	100%

Product 3; Geneesmiddelenbewaking

Er zijn geen directe tarieven. De lasten worden gefinancierd uit de opbrengsten van de jaarvergoedingen. Zie product 1.

Het met de werkzaamheden gemoeide totaal aantal fte's (*zowel direct als indirect*) is circa 15.

Direct toegerekend aan de lasten is de subsidie aan de Stichting Landelijke Registratie en Evaluatie Bijwerkingen (*Lareb*). Lareb verzamelt, registreert en analyseert gegevens over bijwerkingen van in Nederland verkrijgbare geregistreerde geneesmiddelen. Hiervoor zet Lareb circa 15 fte's in.

Tabel 5: prestatiegegevens geneesmiddelenbewaking			
Indicator	2000	2001	2002 e.v.j.
Aantal meldingen bijwerkingen	28 356	40 000	50 000
Aantal ontvangen wijzigingen IB-teksten	84		
Aantal beoordeelde wijzigingen van IB-teksten	79		
Aantal mededelingen	7		
Aantal ingrijpende maatregelen die hebben geleid tot het van de markt halen van geneesmiddelen			

Product 4; Beoordelen homeopathische aanvragen

Vanaf 1996 is het CBG belast met de beoordeling van homeopathische middelen. Het CBG beoordeelt de aanvragen tot registratie voornamelijk op de criteria farmaceutische kwaliteit en veiligheid. In 2000 is dit registratieproces gestadig doorgedaan, omdat meer aanvragers dossiers indienden. De complexiteit in de beoordeling nam echter toe, zodat minder producten ook daadwerkelijk werden ingeschreven.

Bovendien werden er meer aanvragen gedaan, waarbij niet alleen de kwaliteit en veiligheid werden beoordeeld, maar ook de volledigheid, indicatie en 1B-teksten van deze producten.

Het met de werkzaamheden gemoeide totaal aantal fte's (*zowel direct als indirect*) is circa 12.

Tabel 6: prestatiegegevens Homeopathica			
Indicator	2000	2001	2002 e.v.j.
Aantal nieuwe aanvragen	320	454	227
Aantal afgehandelde nieuwe aanvragen	103		
Kostprijs afgehandelde aanvragen (in €)	515		
Ingeschreven geneesmiddelen	684	820	1 501

Groeimodel VBTB

Het agentschap CBG is al een paar jaar bezig om alle oude databases om te zetten naar één Oracle-omgeving. Dit omzetten gaat tevens gepaard met het dusdanig inrichten dat de gegevens die in de toekomst nodig zijn om een goede VBTB-begroting te maken en om de organisatie beter te kunnen sturen ook direct worden meegenomen. Daartoe wordt op dit moment hard gewerkt aan het opstellen van een volledig nieuwe planning- en controlcyclus met daaraan gekoppeld een informatieplan. Daaruit zal duidelijk moeten worden welke informatie we op welk moment nodig

hebben. De verwachting is dat in 2002 al een start kan worden gemaakt met het daadwerkelijk registreren en presenteren van de benodigde gegevens.

Hierna volgen het kasstroomoverzicht en het overzicht vermogensontwikkeling van het ACBG.

**Tabel 7: De toelichting op de staat van kapitaaluitgaven en kapitaalontvangsten:
Het kasstroomoverzicht (x € 1000) van het agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	codering	
								econ.	funct.
1. Rekening courant RHB 1 januari	418	1 162	830	1 064	1 275	1 450	1 589		
2. Totaal operationele kasstroom	833	- 280	285	262	227	190	152	52	05.0
3a. -/- totaal investeringen	- 88	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	52	05.0
3b. +/- totaal boekwaarde desinvesteringen	-	-	-	-	-	-	-		
3. Totaal investeringskasstroom	- 88	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50		
4a. -/- eenmalige uitkering aan moederdepartement	-	-	-	-	-	-	-		
4b. +/- eenmalige storting door moederdepartement	-	-	-	-	-	-	-		
4c. -/-aflossingen op leningen	-	-	-	-	-	-	-		
4d. +/-beroep op leenfaciliteit	-	-	-	-	-	-	-		
4. Totaal financieringskasstroom	0	0	0	0	0	0	0		
5. Rekening courant RHB 31 december (= 1 + 2 + 3 + 4)	2 560	1 829	2 345	2 809	3 196	3 501	3 724		

Het CBG verwacht voor de komende jaren geen financiële risico's te lopen.

Voor het jaar 2001 zijn de beoordelingstarieven meer in overeenstemming gebracht met de daar mee samenhangende kosten. Als mocht blijken dat deze verhoging daadwerkelijk leidt tot vermogensvorming dan zullen de tarieven voor 2002 nader worden beschouwd.

Het agentschap streeft naar een klein positief saldo van baten en lasten als buffer voor het opvangen van fluctuaties in de resultaten. Er wordt daarom niet aan structurele vermogensopbouw gedaan.

Tabel 8: Overzicht vermogensontwikkeling (x € 1000) agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Eigen vermogen 1/1	a	347	101	392	703	962	1 144	1 244
Saldo van baten en lasten	b	- 246	291	311	259	182	100	18
Directe mutaties in het eigen vermogen:								
- uitkering aan moederdepartement	c	0	0	0	0	0	0	0
- exploitatiebijdrage moederdepartement	d	0	0	0	0	0	0	0
- overige mutaties	e	0	0	0	0	0	0	0
Eigen vermogen per 31-12 (a+b-c+d+e)		101	392	703	962	1 144	1 244	1 262

Mededeling over de bedrijfsvoering

VWS is een van de vijf ministeries die een pilot uitvoeren met het oog op de totstandkoming van de mededeling van de bedrijfsvoering. Met ingang van het begrotingsjaar 2002 bevatten alle jaarverslagen een dergelijke mededeling. In de regeringsnota en de voortgangsrapportage VBTB is de basis gelegd voor de inhoud en het karakter van de mededeling. Met de vijf rijksbrede pilots wordt getracht om – op basis van praktijkervaringen – gezamenlijke uitgangspunten te vinden voor de verdere uitwerking hiervan.

VWS doet al sinds het voorbeeld-jaarverslag over 1998 ervaring op met het fenomeen «mededeling over de bedrijfsvoering». De mededelingen die over 1998 en in de sindsdien uitgebrachte jaarverslagen zijn opgenomen waren nog niet gestoeld op een bij aanvang van het begrotingsjaar vastgesteld bedrijfsvoeringsplan. Het VWS-doel voor de uitvoering van de pilot is voor het begrotingsjaar 2002 te kunnen beschikken over een systematische vastlegging van de voornemens op het gebied van de bedrijfsvoering. Daarop kan vervolgens in de mededeling over de bedrijfsvoering in het jaarverslag 2002 worden teruggeblikt.

In het kader van de pilots heeft VWS zich gecommitteerd aan het uitbrengen van een handreiking voor de totstandkoming van een bedrijfsvoeringsparagraaf. Daardoor beschikt VWS bij de afronding van de pilot op Prinsjesdag 2001 over een concept-bedrijfsvoeringsplan 2002, dat rijksbreed als een voorbeeld kan dienen en voor onszelf als richtsnoer bij de bedrijfsvoering in het komende begrotingsjaar. In de laatste maanden van 2001 zal het concept-bedrijfsvoeringsplan intern worden bediscussieerd om uiteindelijk door ons te worden vastgesteld.

Zoals het zich thans laat aanzien zal het bedrijfsvoeringsplan 2002 zich met name richten op het kernministerie. De verdere verbreding tot de zgn. buitendiensten is inzet van een ontwikkelingstraject. Dat laat onverlet dat de verschillende inspecties, instituten, raden e.d. die onder onze verantwoordelijkheid vallen, ook diverse inspanningen op het gebied van bedrijfsvoering verrichten. Ze maken evenwel (nog) geen deel uit van een integraal, VWS-breed bedrijfsvoeringsplan.

De planning van de pilots en – daaraan gekoppeld die van de VWS-interne activiteiten – maakt het niet mogelijk al in deze ontwerpbegroting in te gaan op het bedrijfsvoeringsplan. Desalniettemin legitimeert het grote belang dat wij aan een adequate bedrijfsvoering hechten, dat wij hieronder een aantal hoofdlijnen van bedrijfsvoering uiteenzetten.

Hoofdlijnen van de bedrijfsvoering 2002

De beleidsdruk op VWS vraagt een forse inzet van personele en materiële middelen. Dossiers als de wachtlijstaanpak, de modernisering van de curatieve zorg en de AWBZ en de stelsel-discussie leggen een groot beslag op de capaciteit. Ook ziet VWS zich gesteld voor de maatschappelijke en politieke behoefte aan intensivering van het toezicht op diverse terreinen (productveiligheid, zorg). Daarbij moet de continuïteit van de reguliere beleidsontwikkeling en -uitvoering worden gewaarborgd en dient bovendien de personele en inkoopstaakstelling uit het regeerakkoord te worden gerealiseerd. Met de voorstellen in onderhavige ontwerp-begroting menen wij recht te doen aan de beleidsmatige prioriteitsstelling en waar nodig de departementale inzet daarbij te accomoderen. Om in

de nabije toekomst personele en materiële knelpunten te kunnen oplossen c.q. voorkomen, is het noodzakelijk om keuzes te maken. Daarnaast zullen gedragsregels binnen het departement gaan gelden, die eveneens ten doel hebben om de druk op de beschikbare personele en materiële middelen te kunnen beheersen.

De bedrijfsvoering van VWS voldoet aan de eisen die daaraan gesteld mogen worden, hetgeen niet wegneemt dat verdere verbetering noodzakelijk, wenselijk en mogelijk is. Om een extra impuls te geven aan de bedrijfsvoering van het departement zijn verschillende projecten in gang gezet:

- Aansturing bedrijfsvoering, waarbij het niet alleen gaat om vernieuwing van de besluitvormingsstructuur, maar ook om (her)ontwikkeling van instrumenten: berekening van personele en materiële budgetten, terugdringing van de inhuur van externen en verhoging van de inzet van internen, vernieuwing van de planningen controlcyclus e.d. Bij dat laatste gaat het om een betere afstemming (inhoudelijk, in de tijd en qua logistiek) van beleids- en beheersmatige cycli en incorporatie van het VBTB-gedachtegoed.
- Facilitaire vernieuwing, gericht op professionalisering en verzakelijking van de facilitaire ondersteuning (afnemer/leverancier-relatie), verbetering van het relatiemanagement van de facilitaire dienst, alsmede realisatie van de taakstelling uit het regeerakkoord.
- Ontwikkeling van de VWS-organisatie langs vier lijnen: visies en gezamenlijke waarden, slagvaardigheid, competenties en stijl van leidinggeven.

Verdere ontwikkeling VBTB

Met het uitbrengen van de eerste beleidsbegroting is het einddoel van VBTB nog niet bereikt. In de groeiparagrafen bij de afzonderlijke beleidsartikelen is aangegeven welke verbeteringen in de komende periode zullen worden gerealiseerd. Voor de gehele begroting hebben daarnaast de volgende ontwikkelingen de aandacht:

- Programmering van evaluatieonderzoek: met ingang van 1 januari 2002 wordt de ministeriële regeling Prestatiegegevens en Evaluatieonderzoek Rijksoverheid van kracht. Deze benadrukt onder meer het belang van het uitvoeren van (ex ante en ex post) evaluatieonderzoek. Bij de verschillende beleidsartikelen in deze begroting is een planning van evaluatieonderzoek opgenomen. Verdere programmering vindt in 2002 plaats in het kader van de implementatie en uitvoering van bovengenoemde regeling. Als gevolg hiervan kan ik de begroting 2003 een evaluatieprogrammering worden opgenomen die een betere dekking heeft.
- Derdeninformatie: ten behoeve van interne sturing dient in 2003 per operationele doelstelling te kunnen worden aangegeven welke beleidsinformatie door derden wordt aangeleverd. Ook moet dan bekend zijn wanneer die informatie beschikbaar komt. Wanneer er geen sprake is van tijdige aanlevering moet zijn aangegeven welke afspraken zijn gemaakt om in de toekomst te voorzien in een tijdige beschikbaarheid van de informatie.
- Betrouwbaarheid van beleidsinformatie: binnen VWS wordt gewerkt aan het bieden van inzicht in de mate van betrouwbaarheid van de verschillende prestatiegegevens in begroting en verantwoording. Het streven is om in de begroting 2003 per prestatiegegeven aan te geven wat de betrouwbaarheid is.

VERDIEPINGSBIJLAGE

Beleidsartikel 1: Gezondheidsbevordering- en gezondheidsbescherming

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			56 747	55 957	84 709	109 031	113 997	
Mutatie 1e suppletore wet			23 953	32 539	19 862	6 213	- 2 316	
Nieuwe mutaties			26 169	- 6 827	3 533	4 327	4 481	
Stand ontwerp-begroting 2002		185 377	106 870	81 667	108 104	119 571	116 160	116 137

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001		119 879	118 684	116 946	117 627	117 627	
Mutatie 1e suppletore wet		19 069	27 260	27 306	27 428	27 065	
Nieuwe mutaties							
1		2 269	2 269	2 269	2 269	2 269	
2		590	590	590	590	590	
3		0	4 538	4 538	4 538	4 538	
4		0	1 361	1 361	1 361	1 361	
5		0	- 9 074	- 9 074	- 9 074	- 9 074	
6		0	1 361	1 361	1 361	1 361	
7		340	340	340	0	0	
8		47	47	47	0	0	
9		3 619	3 583	3 529	3 550	3 550	
10		- 4 536	- 9 074	0	0	0	
		- 54	0	0	0	0	
		- 36	0	0	0	0	
		- 44	0	0	0	0	
		- 204	0	0	0	0	
		288	0	0	0	0	
Stand ontwerp-begroting 2002	113 676	141 225	141 883	149 211	149 649	149 286	149 286

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001		2 761	2 761	2 761	2 761	2 761	
Stand ontwerp-begroting 2002	3 515	2 761	2 761	2 761	2 761	2 761	2 761

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Vaccinatie risicogroepen t.a.v Hepatitis B

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Bevorderen van gezondheidswinst door preventie, vroege opsporing en door het voorkomen van complicaties die leiden tot nieuwe ziekten of aandoeningen.

Wat willen we bereiken: Daling aantal besmettingen met het Hepatitis B-virus.

Dekking voor de uitgaven vindt plaats vanuit de premiemiddelen.

Wat gaan we doen: Vaccinatie van risicogroepen tegen Hepatitis B-virus

2-Intensivering alcoholbeleid

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Bevorderen van gezondheidswinst door preventie, vroege opsporing en behandeling en door het voorkomen van complicaties die leiden tot nieuwe ziekten of aandoeningen.

Wat willen we bereiken: Minder probleemdrinkers.

Dekking voor de uitgaven vindt plaats vanuit de premiemiddelen.

Wat gaan we doen: Voorlichting over gevolgen van overvloedig alcoholgebruik.

3-Naleven drank- en horecawetgeving

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Het instandhouden van het huidige niveau van consumentenbescherming.

Wat willen we bereiken: Naleving van de in de drank- en horecawet vastgelegde regelgeving.

Wat gaan we daarvoor doen: Direct toezicht op de naleving van de regelgeving bij 6 700 vaste en 6 000 tijdelijke verstrekkingspunten van alcohol.

4-Versterken patiëntenbeleid

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het toerusten en ondersteunen van gebruikers van de zorg, zodat zij hun wensen en behoeften zoveel als mogelijk zelf kunnen benoemen. Daarnaast streven we naar een versterking van de patiëntenbeweging.

Wat willen we bereiken: Grotere keuzemogelijkheden voor patiënten

Wat gaan we doen:

- onderzoek naar de gewenste structuur van de regionale belangenbehartiging en structuurversterking;
- implementatieplan patiëntenwetgeving;
- experiment vergelijking zorgaanbieders;
- haalbaarheidsstudie PGB in de cure;
- verdubbeling van het aantal patiënt/cliënt gerunde GGZ voorzieningen.

5-Alcoholmatiging

Technische mutatie overheveling naar het beleidsartikel Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang.

6-Niet-roken beleid

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Bevorderen van gezondheidswinst door preventie, vroege opsporing en door het voorkomen van complicaties die leiden tot nieuwe ziekten of aandoeningen.

Vanuit de middelen voor alcoholbeleid worden middelen ter beschikking gesteld voor het anti-roken beleid.

Wat gaan we hiervoor doen: Een demarketingcampagne op het gebied van roken.

Wat willen we bereiken: Bijdragen aan de daling van het aantal rokers.

7-P-knelpunt

Hiervoor wordt verwezen naar de tekst onder niet-beleidsartikel Algemeen aangaande personele knelpunten.

8-Bijdrage proeftuin maatschappelijke gezondheidszorg

Technische mutatie: overheveling van beleidsartikel Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang.

9-Nominale bijstelling

Technische mutatie

10 Genomics

Bijdrage voor het project Genomics. Voor het continueren van dit project wordt door de ministeries van LNV, OC&W, EZ, VWS en VROM in 2002 elk € 9,1 mln bijgedragen

Beleidsartikel 2: Curatieve somatische zorg

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			155 860	146 142	149 427	150 384	149 215	
Mutatie Nvw			9 076	9 076	9 076	9 076	9 076	
Mutatie 1e suppletore wet			61 909	42 069	37 440	46 721	46 477	
Nieuwe mutaties			44 681	27 937	18 486	9 833	9 506	
Stand ontwerp-begroting 2002		189 308	271 526	225 223	214 429	216 013	214 273	213 499

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			146 832	145 374	148 184	148 191	148 195	
Mutatie Nvw			9 076	9 076	9 076	9 076	9 076	
Mutatie 1e suppletore wet			68 317	44 355	39 851	48 609	47 701	
Nieuwe mutaties								
1			4 538	4 538	4 538	4 538	4 538	
2			177	177	177	177	177	
3			70	70	70	70	70	
4			182	272	- 1 178	- 1 089	- 1 089	
5			454	454	454	454	0	
6			436	464	503	503	503	
7			3 941	4 133	4 329	4 329	4 329	
8			0	1 815	0	0	0	
			2 269	0	0	0	0	
			16 608	0	0	0	0	
			358					
Stand ontwerp-begroting 2002		151 604	253 256	210 727	206 000	214 856	213 499	213 499

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			3 159	3 159	3 159	3 159	3 159	
Mutatie 1e suppletore wet			800					
Stand ontwerp-begroting 2002		3 291	3 959	3 159	3 159	3 159	3 159	3 159

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Versterking beroepsgroep verzorgenden en verplegenden

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Voldoende aantal beroeps-beoefenaren.

Wat willen we bereiken: Versterken van de eenheid en positie van de verpleegkundigen en verzorgenden.

Wat gaan we daarvoor doen: Uitvoeren van projecten waarmee de Algemene vereniging van Verzorgenden en Verplegenden (AVVV) belangrijke impulsen geeft aan de beroepsinhoudelijke ontwikkeling van verpleegkundigen en verzorgenden. Deze projecten zijn geordend in 5 programma's: communicatie, service, beroepsontwikkeling, kwaliteit en invloed.

2 en 3-Nominale bijstellingen rijksbijdrage abortusklinieken

Technische mutatie

4-Correctie op mutatie tbv beroepen en opleidingen

Technische mutatie

5-Modernisering cure

Overheveling vanuit de premiemiddelen ten behoeve van het project modernisering curatieve zorg.

6 en 7-Nominale bijstellingen

Technische mutatie

8-Wachlijsten

Bijdrage van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan een onderzoek naar wachtlijsten dat wordt uitgevoerd door ZorgOnderzoek Nederland.

Beleidsartikel 3: Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			219 942	222 688	221 584	222 686	223 747	
Mutatie Nvw			7 714	7 714	7 714	7 714	7 714	
Mutatie 1e suppletore wet			20 021	4 750	8 891	15 228	15 807	
Nieuwe mutaties			15 847	20 079	22 590	18 014	18 127	
Stand ontwerp-begroting 2002		299 737	263 525	255 231	260 779	263 642	265 395	265 395

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			242 574	238 680	235 866	223 747	223 747	
Mutatie Nvw			7 714	7 714	7 714	7 714	7 714	
Mutatie 1e suppletore wet			8 861	5 818	7 748	12 730	12 721	
Nieuwe mutaties:								
1			- 47	- 45	- 45	0	0	
2			- 2 528	- 539	- 325	- 278	- 174	
3			0	4 629	4 629	0	0	
4			- 1 361	- 1 361	- 1 361	- 1 361	- 1 361	
5			- 45	- 45	- 45	- 45	- 45	
6			0	7 714	7 714	7 714	7 714	
7			0	681	0	0	0	
8			8 042	7 909	7 846	7 457	7 456	
9			1 724	3 086	3 086	3 086	3 086	
10			0	4 538	4 538	4 538	4 538	
			261	0	0	0	0	
			206					
Stand ontwerp-begroting 2002		234 823	265 398	278 776	277 360	265 300	265 395	265 395

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			1 588	1 588	1 588	1 588	1 588	
Nieuwe mutaties			261					
Stand ontwerp-begroting 2002		1 862	1 850	1 588	1 588	1 588	1 588	1 588

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Bijdrage aan proeftuin Maatschappelijke gezondheidszorg

Technische mutatie

2-Vrije ruimte Welzijnsnota

De nog niet met beleidsvoornemens vastgelegde ruimte bij de Welzijnsnota wordt ingezet voor andere prioriteiten binnen de begroting.

3-Heroïneverstrekking

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Het verminderen en voorkomen van problemen door het gebruik van alcohol, drugs en geneesmiddelen en door de deelname aan kansspelen.

Wat willen we bereiken: Afname verslavingsproblematiek.

Wat gaan we daarvoor doen: Bestaande behandelunits heroïne-experiment op hetzelfde niveau handhaven/financieren.
Doelgroep: drugsverslaafden, die geen baat hebben bij de reguliere afkickbehandelingen.

4-Illegalenfonds

Ramingstechnische veronderstelling ter dekking van knelpunten elders binnen de begroting.

5-Budgethoudersvereniging Per Saldo

Technische mutatie. Overheveling naar beleidsartikel 4: Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen

6-Alcoholmatigingsbeleid

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Het versterken van ambulante en residentiële hulp op het gebied van de maatschappelijke opvang, vrouwenhulpverlening en verslavingszorg.

Wat gaan we daarvoor doen: Uitbreiding van de (met name) ambulante verslavingszorg, teneinde een groter bereik onder de groep probleemdrinkers te bewerkstelligen.

Wat willen we bereiken: Het aantal probleemdrinkers terugdringen van 9% nu naar 8% (tenminste 100 000) in 2004.

7-Projekt AWBZ

Technische mutatie

8-Nominale bijstelling

Technische mutatie

9-Arbeidsmarktproblematiek (Van Rijn-middelen)

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Het creëren van financiële en bestuurlijke randvoorwaarden voor een gerichte, structurele en integrale aanpak van arbeidsmarktknelpunten.

Wat willen we bereiken: Verminderen van de arbeidsmarktproblematiek. Bij Voorjaarsnota zijn de voor arbeidsmarktproblematiek beschikbaar gestelde middelen volledig geboekt op de premiesector. Een deel hiervan is echter ook bestemd voor de begrotingsgefinancierde sectoren. Hier wordt thans op gecorrigeerd.

10-Maatschappelijke opvang

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Versterken van ambulante en residentiële hulp op het gebied van de maatschappelijke opvang, vrouwenhulpverlening en verslavingszorg.

Wat willen we bereiken: Het kabinet stelt structureel € 4,5 mln extra beschikbaar voor de maatschappelijke opvang met als doel dat instellingen en gemeenten beleid kunnen voeren om de werkdruk te verlagen. Met de VNG en FO zullen we afspraken maken over een doelgerichte inzet en monitoring.

Beleidsartikel 4: Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			21 685	21 732	20 482	20 482	20 482	
Mutatie 1e suppletore wet			11 143	6 944	7 933	8 613	6 934	
Nieuwe mutaties			11 908	3 657	2 120	1 008	1 152	
Stand ontwerp-begroting 2002		31 379	44 735	32 333	30 534	30 104	28 568	28 568

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			21 876	21 732	20 482	20 482	20 482	
Mutatie 1e suppletore wet			10 757	7 928	7 933	8 613	6 934	
Nieuwe mutaties:								
1			45	45	45	45	45	
2			635	908	1 134	0	0	
3			0	1 134	0	0	0	
4			0	454	454	454	454	
5			0	- 235	- 163	- 138	- 87	
6			0	681	0	0	0	
7			761	761	740	740	740	
			2 042	0	0	0	0	
			1 180	0	0	0	0	
			227	0	0	0	0	
			967	0	0	0	0	
Stand ontwerp-begroting 2002		27 281	38 491	33 407	30 625	30 195	28 568	28 568

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			295	295	295	295	295	
Stand ontwerp-begroting 2002		474	295	295	295	295	295	295

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Budgethoudersvereniging Per Saldo

Technische mutatie (Overheveling van beleidsartikel Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang).

2-Hulpmiddeleninformatiecentrum

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het bevorderen van de doelmatigheid van de verstrekking van hulpmiddelen en de informatievoorziening hierover.

Wat willen we bereiken: De informatie op de hulpmiddelenmarkt is fragmentarisch aanwezig en weinig of slechts ten dele toegankelijk. Doel van het Hulpmiddelen Informatiecentrum (HIC) is om de samenwerking tussen de betrokken veldpartijen te stimuleren zodat men gezamenlijk tot een integraal informatiesysteem komt. De (potentiële) gebruikers van hulpmiddelen zijn de doelgroep.

Wat gaan we daarvoor doen: In 2001 wordt een stichting opgericht die de daadwerkelijke vormgeving van het HIC gestalte zal geven. Deze stichting zal voor de periode 2001–2003 gesubsidieerd worden.

3-Convenant met ZN inzake hulpmiddelen

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het bevorderen van de doelmatigheid van de verstrekking van hulpmiddelen en de informatievoorziening hierover.

Wat willen we bereiken: In juli is met ZN een bestuurlijk convenant gesloten om de regierol van verzekeraars ten aanzien van de hulpmiddelenvoorziening te vergroten.

Wat gaan we daarvoor doen: Op verzoek van VWS hebben zorgverzekeraars in 2000 voorstellen ingediend voor experimenten met als doel te komen tot nieuwe instrumenten voor de beoogde, doelmatige regierol.

4-Beleidsbudget hulpmiddelen

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het bevorderen van de doelmatigheid van de verstrekking van hulpmiddelen en de informatievoorziening hierover.

Wat willen we bereiken: Het verder vormgeven van het beleid hulpmiddelen in het algemeen.

Wat gaan we daarvoor doen: Het stimuleren van het voorschrijven op basis van protocollen. Voorts worden instrumenten ingezet om de tevredenheid van gebruikers te verbeteren en zal een aantal beleidseffect-rapportages worden opgezet, met als doel de lange termijn ontwikkelingen goed in beeld te krijgen en tevens het beter laten aansluiten van de ramingen en realisaties van beleid.

5-Vrije ruimte Welzijnsnota

De nog niet met beleidsvoornemens vastgelegde ruimte bij de Welzijnsnota wordt ingezet voor andere prioriteiten binnen de begroting.

6-Project AWBZ

Technische mutatie

7-Nominale bijstelling

Technische mutatie

Beleidsartikel 5: Verpleging, verzorging en ouderen

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			13 181	11 832	13 390	14 021	14 021	
Mutatie 1e suppletore wet			17 596	16 220	2 562	2 516	2 425	
Nieuwe mutaties			3 840	2 744	363	439	550	
Stand ontwerp-begroting 2002		15 063	34 617	30 796	16 314	16 977	16 997	16 940

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			14 560	12 864	13 477	13 964	13 964	
Mutatie 1e suppletore wet			18 864	16 220	2 562	2 516	2 425	
Nieuwe mutaties:								
1			2 269	2 723	0	0	0	
2			- 340	- 1 115	- 325	- 278	- 174	
3			0	273	273	273	273	
4			0	- 180	0	0	0	
5			0	681	0	0	0	
6			402	407	432	452	452	
			771	0	0	0	0	
			505	0	0	0	0	
Stand ontwerp-begroting 2002		14 466	37 030	31 869	16 417	16 925	16 940	16 940

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			227	227	227	227	227	
Mutatie 1e suppletore wet			2 670					
Nieuwe mutaties:			13 160					
Stand ontwerp-begroting 2002		88 114	16 056	227	227	227	227	227

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Taskforce wachtlijsten en benchmark V&V

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het realiseren van een zodanig aanbod van intramurale en extramurale zorgvoorzieningen en dienstverlening dat diegenen die daarvoor in aanmerking komen binnen redelijke termijnen geholpen worden.

A) Taskforce wachtlijsten (2,3 mln)

Wat willen we bereiken: Het streven is de gemiddelde afwijking van de normtijden binnen vier jaar niet meer te laten bedragen dan 10%.

Wat gaan we daarvoor doen: Onderzoek naar de stand van zaken rond wachtlijsten. Werkzaamheden van de wachtlijstbrigade bestaande o.a. uit: het op verzoek van participanten uit het veld of op verzoek van de Taskforce Wachtlijsten bemiddelen in vastgelopen bestuurlijke relaties, het stimuleren van een betere communicatie tussen verschillende partijen en het stimuleren van een zo optimaal mogelijke benutting van de verschillende mogelijkheden ter reductie van wachtlijsten. Het volgen van in gang

zijnde ontwikkelingen in het veld via het arrangeren van gesprekken met betrokken partijen. Het voeren van gesprekken met Regionale Indicatie organen (RIO's) en andere betrokkenen teneinde te achterhalen hoe de RIO's functioneren.

B) Benchmark V&V-instellingen (€ 0,5 mln in 2002)

Wat willen we bereiken: Stellen van kwaliteits- en doelmatigheidseisen op instellingsniveau. Het betreft hier allereerst de kwaliteit van de bedrijfsvoering binnen de zorginstellingen en de kwaliteit van het bestuurlijk toezicht op dit proces.

Wat gaan we daarvoor doen: Benchmark voor de V&V-sector.

2-Vrije ruimte Welzijnsnota

De nog niet met beleidsvoornemens vastgelegde ruimte bij de Welzijnsnota wordt ingezet voor andere prioriteiten binnen de begroting.

3-P-knelpunt

Hiervoor wordt verwezen naar de tekst onder het niet-beleidsartikel 14 aangaande personele knelpunten.

4-Innovatieplan Wonen en zorg

Overheveling naar het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer voor een uit te voeren Innovatieprogramma «Wonen en Zorg».

5-Project AWBZ

Technische mutatie

6-Nominale bijstelling

Technische mutatie

Beleidsartikel 6: Arbeidsmarktbeleid

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			126 558	112 589	97 807	87 824	87 824	
Mutatie Nvw			19 286	19 286	19 286	19 286	19 286	
Mutatie 1e suppletore wet			1 615	- 4 220	481	0	0	
Nieuwe mutaties			174 860	72 196	78 634	73 833	64 076	
Stand ontwerp-begroting 2002		181 057	322 320	199 851	196 208	180 942	171 186	171 186

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			123 420	115 226	97 807	87 824	87 824	
Mutatie Nvw			19 286	19 286	19 286	19 286	19 286	
Mutatie 1e suppletore wet			6 153	- 4 055	481	0	0	
Nieuwe mutaties								
1			- 12 704	- 4 899	0	0	0	
2			1 361	998	545	545	0	
3			1 815	1 815	1 815	1 815	1 815	
4			67 023	71 879	72 877	68 430	59 218	
5			4 302	4 017	3 397	3 043	3 043	
			45	0	0	0	0	
			1 543	0	0	0	0	
Stand ontwerp-begroting 2002		127 555	212 243	204 263	196 208	180 942	171 186	171 186

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			4 743					
Stand ontwerp-begroting 2002		59 679	4 743	0	0	0	0	0

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Temporisering bevoorschotting sectorfondsen

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het creëren van financiële en bestuurlijke randvoorwaarden voor een gerichte, structurele en integrale aanpak van arbeidsmarktknelpunten.

Wat willen we (niet) bereiken: Doel is dat de beleidsvoornemens die VWS heeft op het gebied van arbeidsmarkt worden gerealiseerd. Daarbij is een van de randvoorwaarden dat de bevoorschotting van de sectorfondsen gelijke tred houdt met de kasbehoefte. Dit om te voorkomen dat er (grote) bedragen rijksgegeld staan «geparkeerd» buiten onze directe invloed. De omvang van de kassen van de sectorfondsen is op dit moment dusdanig, dat de bevoorschotting, zonder daarvoor verplichtingen te hoeven schrappen, kan worden getemporiseerd.

Wat gaan we daarvoor doen: Er zullen geen beleidsvoornemens worden geschrapd. Wat wel gebeurt, is het laten sporen van de omvang van de kas met de tot betaling komende verplichtingen. Anders geformuleerd: het blijkt dat de omvang van de financiële middelen die het sectorfonds in kas heeft (ruim) voldoende is om aan haar verplichtingen te voldoen. Er is geen behoefte aan extra bevoorschotting. De exacte omvang daarvan is

niet bekend maar de aanname is dat er in 2001 tenminste € 12,5 mln. kan worden getemporiseerd en in 2002 € 4,9 mln.

2-Zorgstelsel

Technische mutatie

3-Verminderen werkdruk kraamzorg

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het creëren van financiële en bestuurlijke randvoorwaarden voor een gerichte, structurele en integrale aanpak van arbeidsmarktknelpunten.

Wat willen we bereiken: Het verminderen van de werkdruk van kraamverzorgenden.

Wat gaan we daarvoor doen: Middelen ter beschikking stellen voor: een intensivering van de personeelsinzet, intensivering van het sociaal beleid door specifiek beleid gericht op o.a. vermindering van ziekteverzuim en WAO-uitstroom en ARBO-beleid, verbeteren van de kwaliteit van de personeelsinzet gericht op werkdrukvermindering, bedrijfsorganisatorische verbeteringen die bijdragen aan het verlichten van de werkdruk.

4-Arbeidsmarktproblematiek (Van Rijn-middelen)

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het creëren van financiële en bestuurlijke randvoorwaarden voor een gerichte, structurele en integrale aanpak van arbeidsmarktknelpunten.

Wat willen we bereiken: Verminderen van de arbeidsmarktproblematiek.

Bij Voorjaarsnota zijn de voor arbeidsmarktproblematiek beschikbaar gestelde middelen volledig geboekt op de premiesector. Een deel hiervan is echter ook bestemd voor de begrotingsgefinancierde sectoren. Hier wordt thans op gecorrigeerd.

5-Nominale bijstelling

Technische mutatie

Beleidsartikel 7: Jeugdbeleid

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			673 722	645 538	653 845	653 927	656 649	
Mutatie Nvw			13 613	13 613	13 613	13 613	13 613	
Mutatie 1e suppletore wet			15 347	41 618	52 179	49 139	44 274	
Nieuwe mutaties			93 341	30 121	26 380	26 352	26 258	
Stand ontwerp-begroting 2002		764 802	796 023	730 890	746 017	743 031	740 795	743 518

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			762 811	774 097	656 651	656 649	656 649	
Mutatie Nvw			13 613	13 613	13 613	13 613	13 613	
Mutatie 1e suppletore wet			9 573	22 034	20 015	15 822	13 553	
Nieuwe mutaties								
1			1 361	1 361				
2			0	2 269				
3			1 225	136	- 679	- 906	- 1 225	
4			- 332	- 1 971	- 694	- 594	- 370	
5			4 175	4 175	4 175	4 175	4 175	
6			- 71	- 82	0	0	0	
7			408	408	408	408	408	
8			27 015	27 424	23 273	23 271	23 271	
9			21 055	33 398	33 217	33 444	33 444	
			24	0	0	0	0	
			- 45	0	0	0	0	
			573	0	0	0	0	
			541	0	0	0	0	
			8 168					
			315					
Stand ontwerp-begroting 2002		702 425	850 409	876 862	749 977	745 880	743 518	743 518

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			9 803	9 671	9 255	9 255	9 255	
Mutatie 1e suppletore wet			358	340	136			
Nieuwe mutaties								
3			- 1 269	- 1 269	- 1 178	- 1 225	- 1 269	
			573	0	0	0	0	
			541	0	0	0	0	
Stand ontwerp-begroting 2002		16 542	10 005	8 740	8 211	8 030	7 984	7 984

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Implementatie Wet op de jeugdzorg

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg a) Aanvulling implementatie Wet op de Jeugdzorg

Wat willen we bereiken: Alle betrokkenen dusdanig voorbereiden op de nieuwe Wet op de jeugdzorg, dat de overgang naar het nieuwe stelsel tijdig en goed wordt uitgevoerd.

Wat gaan we daarvoor doen: De informatiehuishouding van de bureaus jeugdzorg tot ontwikkeling brengen. Landelijke ondersteuning van het implementatieproces, inclusief landelijk uit te voeren actieprogramma's. De voortgang van het implementatietraject wordt gemonitord. Na inwerkingtreding van het nieuwe stelsel (planning 1 januari 2003) zal tijdig een evaluatie worden uitgevoerd.

2-Aanvulling implementatie Wet op de Basisvoorziening kinderopvang

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het scheppen van adequate randvoorwaarden voor een toereikende kwaliteit en voldoende aanbod van kinderopvang ten behoeve van de combinatie van arbeid en zorg

Wat willen we bereiken: Bewerkstellingen van een overgang van het oude naar het nieuwe stelsel zonder verlies aan kwantiteit en kwaliteit van de geboden opvang

Wat gaan we daarvoor doen: Publiekcampagne: gericht op nieuwe rol ouders, nieuwe bekostigingssystematiek

- Campagnes gericht op drie specifieke doelgroepen: instellingen, gemeenten en sociale partners
- Traject handreikingen instellingen: naast de voorlichtende taak is er behoefte aan het ondersteunen van bedrijfsvoering
- Traject gemeenten: informeren en ondersteunen van gemeenten om hun nieuwe (regie)rol op te pakken, inclusief «ontvlechting» van bestuurlijke en financiële verhoudingen tussen instellingen en gemeenten.
- Regie uitvoeringstraject: een gedegen regie op het implementatietraject

Dit is succesvol indien geen knelpunten ontstaan bij de invoering van de Wet op de basisvoorziening Kinderopvang. Dit wordt door middel van een evaluatie van het invoeringstraject gemeten uiterlijk 1 jaar na inwerkingtreding van de WBK.

3-Ramingsbijstelling schippersinternaten

Draagt bij aan operationele doelstelling: De instandhouding van een aanbod van internaten voor de huisvesting en verzorging en opvoeding van kinderen van binnenschippers en kermisexploitanten.

Wat willen we bereiken: Deze instandhouding is van belang in verband met de scholingskansen van deze jeugdigen, die anders vanwege het reizend bestaan van deze betrokkenen in gevaar zouden komen.

Wat gaan we daarvoor doen: Een modernere en meer doelmatige structuur van de sector en van de subsidierelatie. Voorheen werd op instellingsniveau gesubsidieerd. Het uitgangspunt van de subsidie wordt het vaststellen van een normbedrag per bezette kindplaats en jaarlijks wordt bezien op welke wijze de sector overcapaciteit afbouwt, door afstoting van panden in relatie tot het dalend aantal kindplaatsen. Daarnaast wordt er sociaal beleid gevoerd m.b.t. de afbouw van het personeelsbestand ter voorkoming van wachtgeldverplichtingen. Hierdoor kan de raming neerwaarts worden bijgesteld.

4-Vrije ruimte Welzijnsnota

De nog niet met beleidsvoornemens vastgelegde ruimte bij de Welzijnsnota wordt ingezet voor andere prioriteiten binnen de begroting van VWS.

5-Prijsbijstelling

Nominale bijstelling

6-Bijdrage aan het onderzoek SCP

Technische mutatie

7 en 8- Nominale bijstellingen

Technische mutatie

9-Arbeidsmarktproblematiek (Van Rijn-middelen)

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Het creëren van financiële en bestuurlijke randvoorwaarden voor een gerichte, structurele en integrale aanpak van arbeidsmarktknelpunten.

Wat willen we bereiken: Verminderen van de arbeidsmarktproblematiek. Bij Voorjaarsnota zijn de voor arbeidsmarktproblematiek beschikbaar gestelde middelen volledig geboekt op de premiesector. Een deel hiervan is echter ook bestemd voor de begrotingsgefinancierde sectoren. Hier wordt thans op gecorrigeerd.

Beleidsartikel 8: Sociaal beleid

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			116 927	121 779	122 407	118 886	119 047	
Mutatie amendementen			250	250	250			
Mutatie 1e suppletore wet			10 135	3 245	4 584	4 837	6 251	
Nieuwe mutaties			6 898	2 239	1 625	1 777	2 752	
Stand ontwerp-begroting 2002		129 108	134 210	127 513	128 866	125 500	128 049	127 284

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			120 029	123 078	122 859	119 047	119 047	
Mutatie amendementen			250	250	250			
Mutatie 1e suppletore wet			11 475	4 660	5 109	5 291	6 614	
Nieuwe mutaties								
1			397	397	0	0	0	
2			- 2 045	- 1 429	- 1 632	- 1 396	- 871	
3			- 726	- 726	- 726	- 726	- 726	
4			4 512	4 688	4 652	4 459	4 440	
			- 946	0	0	0	0	
			- 1 178	0	0	0	0	
			- 225	0	0	0	0	
			- 22	0	0	0	0	
			1 615					
Stand ontwerp-begroting 2002		107 835	133 127	130 916	130 510	126 673	128 503	127 550

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			3 421	3 586	3 851	3 851	3 851	
Stand ontwerp-begroting 2002		1 642	3 421	3 586	3 851	3 851	3 851	3 851

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Tegoeden Tweede Wereldoorlog (homoseksuelen)

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Bijdrage aan de Welzijnsnota.

Wat willen we bereiken: Uitvoering geven aan ministerraadbesluitvorming inzake Tegoeden Tweede Wereldoorlog in relatie tot rechtsherstel van homoseksuele slachtoffers tijdens WOII

Wat gaan we daarvoor doen:

- Instellen van een adviescommissie;
- Historisch onderzoek tbv homoseksuelen in het kader van de tegoeden WOII;
- Reconstructie van de Schorerbibliotheek.

2-Vrije ruimte welzijnsnota

De nog niet met beleidsvoornemens vastgelegde ruimte bij de Welzijnsnota wordt ingezet voor andere prioriteiten binnen de begroting van VWS.

3-Wachtgelden en desalderingmiddelen

Heeft betrekking op de operationele doelstelling: Bijdrage aan de Welzijnsnota.

Wat willen we bereiken: In verband met de gunstige arbeidsmarktsituatie zijn er minder wachtgeldaanspraken dan oorspronkelijk geraamd. Daarom kan het beschikbare budget worden verlaagd zonder dat dit gevolgen heeft voor de doelstelling. Tevens is er geen doelgroep die hiervan nadelen ondervindt. Voorts is sprake van minder nabetalings op oude subsidieverstrekingen. De hiervoor beschikbare middelen kunnen daarom elders voor knelpunten binnen de begroting worden ingezet.

Wat gaan we daarvoor laten: Minder wachtgelduitkeringen verstrekken in verband met gunstige arbeidsmarktsituatie.

4-Nominale bijstelling

Technische mutatie

Beleidsartikel 9: Sportbeleid

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			52 474	63 839	65 688	65 460	69 126	
Mutatie 1e suppletore wet			2 951	- 2 315	- 1 434	- 807	535	
Nieuwe mutaties			3 507	2 185	3 324	4 250	2 658	
Stand ontwerp-begroting 2002		83 400	58 932	63 708	67 576	68 903	72 319	74 682

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			60 447	69 846	69 852	69 852	69 852	
Mutatie 1e suppletore wet			7 774	2 774	2 833	2 756	2 756	
Nieuwe mutaties								
1			0	0	0	0	0	
2			0	0	1 815	2 496	2 496	
3			- 328	- 106	- 951	- 802	- 499	
4			1 394	1 636	1 629	1 630	1 630	
5			182	227	227	227	227	
			34	0	0	0	0	
			283					
Stand ontwerp-begroting 2002		64 008	69 784	74 377	75 404	76 158	76 460	76 460

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			113	113	113	113	113	
Mutatie 1e suppletore wet			68					
Nieuwe mutaties			89					
Stand ontwerp-begroting 2002		973	270	113	113	113	113	113

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Internationale sportevenementen

Verschuiving van € 34 000 van programma- naar apparaatsuitgaven ten behoeve van door dit ministerie in verband met (inter)nationale sportevenementen te maken kosten voor representatie.

2-Sport en bewegen

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Verantwoorde sportbeoefening door een breed publiek, in een kwalitatief hoogwaardig (fysieke en organisatorische) sportinfrastructuur, mede om sociale cohesie, integratie en tolerantie en volksgezondheid te stimuleren.

Wat willen we bereiken: Het voeren van een actieve leefstijl door de inwoners van Nederland, zowel in de vrije tijd als in de dagelijkse omgeving.

Wat gaan we daarvoor doen: Kennisvermeerdering en bewustwording bij een breed publiek, rechtstreeks (campagnevoering) en via intermediairs. Ontwikkelen van een gerichte aanpak (met name programma's binnen de gezondheidszorg).

3-Vrije ruimte welzijnsnota

De nog niet met beleidsvoornemens vastgelegde ruimte bij de Welzijnsnota wordt ingezet voor andere prioriteiten binnen de begroting van VWS.

4-Nominale bijstelling

Technische mutatie

5-Arbeidsmarktproblematiek (Van Rijn-middelen)

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Het creëren van financiële en bestuurlijke randvoorwaarden voor een gerichte, structurele en integrale aanpak van arbeidsmarktknelpunten.

Wat willen we bereiken: Verminderen van de arbeidsmarktproblematiek. Bij Voorjaarsnota zijn de voor arbeidsmarktproblematiek beschikbaar gestelde middelen volledig geboekt op de premiesector. Een deel hiervan is echter ook bestemd voor de begrotingsgefinancierde sectoren. Hier wordt thans op gecorrigeerd.

Beleidsartikel 10: Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			374 033	360 592	349 496	337 185	337 185	
Mutatie 1e suppletore wet			181 515	39 634	22 281	20 903	6 807	
Nieuwe mutaties			19 941	7 163	4 121	3 025	1 974	
Stand ontwerp-begroting 2002		422 606	575 489	407 389	375 897	361 113	345 966	345 976

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			376 797	361 524	350 078	337 195	337 195	
Mutatie 1e suppletore wet			182 712	39 634	22 281	20 903	6 807	
Nieuwe mutaties								
1			0	123	0	0	0	
2			318	1 361	454	454	454	
3			0	454	227	0	0	
4			0	1 089	0	0	0	
5			454	454	454	454	454	
6			0	- 679	- 679	- 679	- 679	
7			5 724	2 612	1 924	1 051	0	
8			1 772	1 750	1 744	1 747	1 748	
			1 815					
			454	0	0	0	0	
			155					
Stand ontwerp-begroting 2002		424 177	570 200	408 321	376 480	361 122	345 976	345 976

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001								
Stand ontwerp-begroting 2002			773					

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-P-knelpunt

Hiervoor wordt verwezen naar de tekst onder het niet-beleidsartikel 14 aangaande personele knelpunten.

2-Herinneringscentrum Kamp Amersfoort

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Het scheppen van voorwaarden voor de beoordeling van nationale manifestaties op het gebied van herdenken en vieren, voor de instandhouding van herinneringscentra en activiteiten in het kader van de jeugdvoorlichting over WOII in relatie tot het heden.

Wat willen we bereiken: Mensen de gelegenheid geven het ondergane leed in de Tweede Wereldoorlog te verwerken en de gebeurtenissen in deze oorlog te herdenken. De jeugd bewust maken van de gevaren die schuilen in racisme en discriminatie.

Wat gaan we daarvoor doen: Het voormalig kamp Amersfoort zal geschikt gemaakt worden voor de functie van herinneringscentrum middels een incidentele subsidie voor de renovatie van het terrein. Daarnaast ontvangt een erkend herinneringscentrum een jaarlijkse subsidie die zodoende ook aan Kamp Amersfoort ter beschikking zal worden gesteld. Ten aanzien van Vught zal de instellingssubsidie structureel worden verhoogd om de misgelopen entreegelden te compenseren.

De mutaties 3 tot en met 6 dragen bij aan de operationele doelstelling: Het scheppen van voorwaarden voor een blijvend kwalitatief goede en doelmatige uitvoering van het (wettelijk) stelsel van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen en van de hulp- en dienstverlening aan de WOII getroffen.

3-Frictiekosten Stichting 1940–1945 ivm overdracht Algemeen maatschappelijk werk

Wat willen we bereiken: Ook op termijn waarborgen van continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid maatschappelijk werk aan verzetsdeelnemers.

Wat gaan we daarvoor doen: Subsidiëren van de Stichting 1940–1945 in de frictiekosten. De frictiekosten ontstaan door het volledig wegvallen van de subsidie voor het maatschappelijk werk waardoor (tijdelijk) verschil ontstaat tussen de indirecte kosten (overhead) en de reguliere subsidie voor die taak. De tijdelijke subsidie (in totaal 2 jaar) voorziet in de overbrugging van de periode tussen het wegvallen van de subsidie voor maatschappelijk werk en de aanpassing van de organisatie(structuur). Dit is succesvol indien dit door de betrokkenen wordt ervaren als de invulling van «goed werkgeverschap» door de gesubsidieerde instelling.

4-Compensatie VUT-opbouw Stichting 1940–1945

Wat willen we bereiken: Ook op termijn waarborgen van continuïteit en doelmatigheid maatschappelijk werk aan verzetsdeelnemers.

Wat gaan we daarvoor doen: Bij de overgang van de werknemers van de Stichting 1940–1945 naar instellingen van algemeen maatschappelijk werk treedt een wijziging op in het van toepassing zijnde pensioenfonds. Het ABP heeft aangegeven de pensioenopbouw, inclusief de opgebouwde aanspraken op de mogelijkheid tot vervroegd pensioen (FPU), over te willen dragen. Het ABP is niet bereid de van toepassing zijnde garantie-jaren inzake FPU over te dragen. Het PGGM, waar de instellingen voor algemeen maatschappelijk werk verplicht bij zijn aangesloten, is niet bereid zonder vergoeding van de garantie-jaren de medewerkers over te nemen. De Stichting 1940–1945 is niet in staat hiervoor dekking te leveren. De subsidie dient hierin te voorzien. Dit is succesvol indien dit door de betrokkenen wordt ervaren als de invulling van «goed werkgeverschap» door de gesubsidieerde instelling.

5-Uitbreiding regeling TVP

Wat willen we bereiken: Financieel mogelijk maken van het volgen van psychotherapie voor oorlogsgelateerde aandoeningen door personen die de Tweede Wereldoorlog zelf hebben meegemaakt, maar last hebben van tweede generatieproblematiek.

Wat gaan we daarvoor doen: Aanpassen van de Tijdelijke Vergoedingsregeling Psychotherapie (TVP) na-oorlogse generatie voor personen die doordat zij de Tweede wereldoorlog zelf hebben meegemaakt normaliter buiten deze regeling zouden vallen.

6-Herhuisvesting PUR

Door een doelmatiger huisvesting van de PUR binnen Leiden is er een structureel overschot van € 0,7 mln. op de huisvestingskosten ontstaan. Dit kan worden ingezet voor knelpunten elders in de begroting zonder dat de doelstelling wordt aangetast.

7-Tegoeden Tweede wereldoorlog Indische gemeenschap

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Uitvoering geven of coördineren van activiteiten die voortvloeien uit ministerraadbesluiten over het thema »Tegoeden Tweede Wereldoorlog«, en het scheppen van voorwaarden van internationale samenwerking voor educatie over, herinnering aan en onderzoek naar de Holocaust.

Wat willen we bereiken: Een goede uitvoering van het regeringsbeleid op het gebied van de Tegoeden Tweede Wereldoorlog.

Wat gaan we daarvoor doen: Activiteiten verrichten op het gebied van naoorlogs rechtsherstel, de Taskforce for international Coöperation on Holocaust Education, Remembrance and Research en de afwikkelingen van subsidies in het kader van de vierde tranche goudpool.

8-Nominale bijstelling

Technische mutatie.

Beleidsartikel 11: Inspecties

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			85 570	83 732	84 227	84 274	84 306	
Mutatie 1e suppletore wet			3 939	5 735	5 735	5 735	5 735	
Nieuwe mutaties			9 816	5 748	5 566	5 023	5 024	
Stand ontwerp-begroting 2002		90 513	99 325	95 215	95 528	95 032	95 066	95 066

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			85 683	83 732	84 227	84 274	84 306	
Mutatie 1e suppletore wet			4 220	5 735	5 735	5 735	5 735	
Nieuwe mutaties								
1			1 906	1 316	1 316	771	771	
2			1 815	1 815	1 815	1 815	1 815	
3			0	182	0	0	0	
4			86	83	83	83	83	
5			2 187	2 077	2 076	2 077	2 078	
6			283	276	276	276	276	
			3 539	0	0	0	0	
Stand ontwerp-begroting 2002		90 531	99 720	95 215	95 528	95 032	95 066	95 066

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			1 556	1 556	1 556	1 556	1 556	
Nieuwe mutaties			1 872	444				
Stand ontwerp-begroting 2002		7 712	3 429	2 001	1 556	1 556	1 556	1 556

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

De mutaties onder 1 en 2 dragen bij aan de operationele doelstellingen: «Toezicht en opsporing op het gebied van gezondheidszorg en volksgezondheid» en «Het adviseren en informeren van de minister én anderen (op verzoek of uit eigen beweging) en het verstrekken van vergunningen».

1-Knelpunten IGZ

Wat willen we bereiken: De inspectie laten fungeren conform de eisen die in 2001 worden gesteld aan een inspectiedienst.

Wat gaan we daarvoor doen: De formatie van de IGZ uitbreiden met 23 fte, waarvan een twaalfstal ten behoeve van opleidingen, ICT en communicatie. Het invoeren van een systeem van product- en processtypering.

2-Advies commissie Abeln

Wat willen we bereiken: Een op zijn taak toegeruste IGZ.

Wat gaan we daarvoor doen: Het implementeren van het nog te accorderen advies van de commissie Abeln.

3-Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming

Draagt bij aan operationele doelstelling: Het bevorderen van de kwaliteit van de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, door toezicht op het naleven van vigerende wetten.

Wat willen we bereiken: Een adequate bewaking van de kwaliteit van het stelsel van jeugdhulpverlening- en bescherming.

Wat gaan we daarvoor doen: Verbeterpunten in de organisatie mogelijk maken.

4, 5 en 6-Nominale bijstellingen

Technische mutaties.

Beleidsartikel 12: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			140 738	135 150	134 314	137 764	137 772	
Mutatie 1e suppletore wet			2 612	2 024	2 024	2 024	2 024	
Nieuwe mutaties			2 767	5 830	6 166	6 321	6 332	
Stand ontwerp-begroting 2002		175 078	146 116	143 004	142 505	146 109	146 128	146 128

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			141 390	138 559	134 314	137 764	137 772	
Mutatie 1e suppletore wet			2 851	2 024	2 024	2 024	2 024	
Nieuwe mutaties:								
1			1 084	1 043	1 043	1 043	1 043	
2			1 202	1 186	1 181	1 336	1 336	
3			106	112				
4				1 674	1 673	1 673	1 684	
5				1 815	2 269	2 269	2 269	
			44					
			204					
			36					
			91					
Stand ontwerp-begroting 2002		175 078	147 008	146 413	142 505	146 109	146 128	146 128

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			67 879	67 523	67 509	67 079	67 079	
Nieuwe mutaties				3 489	3 942	3 942	3 953	3 953
Stand ontwerp-begroting 2002		71 421	67 879	71 012	71 451	71 021	71 032	71 032

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1, 2 en 3-Nominale bijstellingen

Technische mutaties.

4-Nominale bijstellingen

Nominale bijstellingen vanuit het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu voor het milieutakenpakket van het RIVM.

5-Expertisecentrum externe veiligheid

Overboeking van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer ten behoeve van het Centrum voor Externe Veiligheid.

Beleidsartikel 13: Rijksbijdrage volksgezondheid

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001		4 721 223	5 324 023	5 377 318	5 431 227	5 486 361		
Mutatie 1e suppletore wet		94 872	94 664	94 683	94 683	94 683		
Nieuwe mutaties			38 324	146 409	179 732	214 823	252 689	
Stand ontwerp-begroting 2002		3 080 504	4 854 419	5 565 096	5 651 733	5 740 733	5 833 733	5 928 732

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001		4 721 223	5 324 023	5 377 318	5 431 227	5 486 361		
Mutatie 1e suppletore wet		94 872	94 664	94 683	94 683	94 683		
Nieuwe mutaties								
1			- 175	- 175	- 175	- 175	- 175	
2			- 68	- 68	- 68	- 68	- 68	
3			37 572	37 489	37 496	37 496	37 496	
4				109 166	142 482	177 573	215 439	
			998	0	0	0	0	
Stand ontwerp-begroting 2002		3 080 504	4 854 419	5 565 096	5 651 733	5 740 733	5 833 733	5 928 732

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001		0	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerp-begroting 2002		0	0	0	0	0	0	0

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1 en 2 Loonbijstelling

Overheveling van de loonbijstelling voor de abortusklinieken naar het artikel Curatief somatische zorg.

3- Nominale bijstellingen

4- Verhogen BIKK

In verband met de uitkomsten van de Macro-Economische Verkenningen worden de Rijksbijdragen in de kosten van kortingen verhoogd.

Beleidsartikel 14: Algemeen

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			110 167	107 367	106 277	105 753	106 389	
Mutatie 1e suppletore wet			33 215	15 706	13 176	8 669	1 635	
Nieuwe mutaties			20 820	12 480	15 262	14 928	14 278	
Stand ontwerp-begroting 2002		127 076	164 202	133 632	132 794	127 428	122 242	122 242

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			110 323	107 506	106 277	105 753	106 389	
Mutatie 1e suppletore wet			33 246	15 736	13 206	8 669	1 635	
Nieuwe mutaties								
1			2 269	454	454	454	454	
2			998	1 588	1 588	1 588		
3			0	414	414	414	414	
4			9 555	9 719	11 661	11 253	10 745	
5			- 1 361	- 3 040	- 543	- 543	0	
6			0	0	0	0	- 2 721	
7			0	- 1 405	- 1 405	- 1 405	- 1 405	
8			- 4 627	- 2 267	- 5 445	- 5 445	0	
9			73	84	0	0	0	
10			3 695	3 460	3 467	3 442	3 472	
11			260	248	248	248	248	
12			651	632	632	632	632	
13			379	373	373	373	373	
14			60	59	59	85	85	
15			0	1 543	1 925	1 925	1 925	
			- 89	0	0	0	0	
			54	0	0	0	0	
			7 517					
Stand ontwerp-begroting 2002		129 251	162 999	135 098	132 907	127 438	122 242	122 242

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			2 046	2 046	2 046	2 046	2 046	
Mutatie 1e suppletore wet			- 106	- 106	- 106	- 106	- 106	
Nieuwe mutaties			- 136	- 136	- 136	- 136	- 136	
Stand ontwerp-begroting 2002		6 646	1 802	1 802	1 802	1 802	1 802	1 802

Toelichting nieuwe uitgaven mutaties

1-Patiënt en internet

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Bevorderen informatiebeleid in de zorg. Een goede wijze van informatievoorziening vergroot de transparantie van de gezondheidszorg zowel voor de gebruiker als de zorgverlener.

Wat willen we bereiken: De burger een eerste ingang bieden tot informatie over de gezondheid op internet door het bieden van betrouwbare gegevens en het geven van voorlichting over andere op het internet aanwezige gegevens.

Wat gaan we daarvoor doen: Het onderhouden van een internetsite.

2-Belastbaar inkomen/stelselonderzoeken

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Informatie verzamelen op basis waarvan gefundeerde keuzes kunnen worden gemaakt voor de inrichting van delen van het verzekeringsstelsel en de sturing van de zorg.

Wat gaan we daarvoor doen: Onderzoek van de effecten van stelselwijziging op het belastbaar inkomen.

3-VWS-attachés

Draagt bij aan de operationele doelstelling: Personeel en materieel kernministerie.

Wat gaan we daarvoor doen: Compensatie van de loon- en materiële kosten inzake de reeds van voor 2001 functionerende attachés van VWS. Tevens compensatie in verband met uitbreiding van de VWS attaché-plaatsen met een post in Parijs.

4-P-knelpunten

Voor het leveren van de gewenste output door het ambtenarenapparaat is een ongestoorde bedrijfsvoering noodzakelijk. Hiermee wordt voldaan aan de doelstelling dat gewenste beleidsvorming- en uitvoering op een zo efficiënt mogelijke wijze plaatsvindt. Hiervoor is het noodzakelijk dat een organisatie als aantrekkelijk wordt ervaren om bij te werken. Ook kunnen nieuwe wensen, nieuwe eisen stellen aan een organisatie. Door investeringen in de medewerker en in de werkomgeving kan aan deze eisen tegemoet worden gekomen. Zaken als een hoog ziekteverzuim, te hoge werkdruk etc kunnen hierdoor worden vermeden. Tevens is het van belang dat een organisatie snel en accuraat kan voorzien in zijn informatiebehoefte. Ook hier zijn investeringen voor nodig.

Concrete aanpassingen op dit gebied zijn investeringen in management development, zowel voor de ontwikkeling van het zittende management als voor het investeren in medewerkers met potentiële management kwaliteiten door cursussen, trainingen, assessments en coaching. Niet alleen in management wordt geïnvesteerd maar ook in de instroom van jonge academici.

Verder zijn er als gevolg van de gestegen eisen op het gebied van automatiseringen continu nieuwe investeringen nodig onder andere in de basiswerkplek en in het project ICT en Bedrijfsvoering.

Een ander belangrijk knelpunt ligt op het gebied van internet. Via het internet komen onder andere meer vragen op VWS af waarop adequaat gereageerd dient te worden. Dit stelt zowel hoge eisen aan de kwaliteit van de VWS-internetpagina als van de medewerkers om bijvoorbeeld de toegenomen vragen te kunnen beantwoorden.

5-Zorg mutaties

Technische mutatie

6-Taakstelling personeel

Technische mutatie

7-Doorberekenen projectmedewerkers

Technische mutatie

8-Dekking Cure, care en stelsel

Technische mutatie

9-Onderzoek lokaal sociaal beleid

Overheveling in verband met een door het Sociaal en Cultureel Planbureau uit te voeren onderzoek inzake Lokaal Jeugdbeleid.

10 t/m 14-Nominale bijstellingen

Technische mutaties

15-VBTB

Overheveling van Financiën in verband met de VBTBomschakeling (van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording). Het betreft een vergoeding voor de Informatiekundige gevolgen van de invoering van VBTB.

Beleidsartikel 15: Nominaal en onvoorzien

Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

	t/m 1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			2 320	1 679	1 497	2 073	2 074	
Mutatie amendementen			- 248	- 248	- 248			
Mutatie 1e suppletore wet			103 668	107 588	101 590	100 135	100 172	
Nieuwe mutaties			- 116 698	- 125 349	- 115 550	- 112 389	- 114 608	
Stand ontwerp-begroting 2002		0	- 10 938	- 16 334	- 12 714	- 10 183	- 12 362	- 9 489

Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001			2 320	1 679	1 497	2 073	2 074	
Mutatie amendementen			- 250	- 250	- 250			
Mutatie 1e suppletore wet			103 668	107 588	101 590	100 235	100 172	
Nieuwe mutaties								
1			- 6 126	- 5 988	- 5 763	- 5 625	- 5 625	
2			- 2 857	- 2 541	- 2 494	- 2 450	- 2 450	
3			- 3 115	- 7 927	- 4 110	- 1 867	- 4 074	
4			- 34 757	- 35 555	- 31 356	- 31 190	- 31 172	
5			- 3 780	- 3 541	- 3 550	- 3 525	- 3 555	
6			- 21 551	- 21 295	- 20 646	- 19 941	- 19 941	
7			- 3 966	- 3 829	- 3 869	- 3 871	- 3 872	
8			- 4 583	- 4 672	- 3 766	- 3 766	- 3 766	
9			- 408	- 408	- 408	- 408	- 408	
10			- 616	- 615	- 615	- 615	- 615	
11			- 1 518	- 1 476	- 1 471	- 1 627	- 1 627	
12			- 37 570	- 37 489	- 37 496	- 37 496	- 37 496	
			4 538					
			- 1 095					
Stand ontwerp-begroting 2002		0	- 11 674	- 16 334	- 12 714	- 10 183	- 12 362	- 9 489

Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x € 1 000)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stand ontwerp-begroting 2001		0	0	0	0	0	0	0
Stand ontwerp-begroting 2002		0	0	0	0	0	0	0

Toelichting nieuwe mutaties

1 en 2- Dekking knelpunten

Door het niet uitdelen van de prijsbijstelling wordt dekking gevonden voor diverse knelpunten binnen de begroting.

3-Extra taakstellende onderuitputting

Elders in deze begroting zijn een aantal knelpunten beschreven waarvoor dekking gevonden wordt door het opnemen van een taakstellende onderuitputting. Tijdens het uitvoeringsjaar moet blijken, waar de onderuitputting daadwerkelijk gerealiseerd wordt.

4 t/m 12-Toedeling Nominale bijstellingen

Technische mutaties

Aansluitingstabel artikelindeling

Begroting 2002		Begroting 2001	
Naam artikel	nr.	oude artikel-indeling	Omschrijving
Gezondheidsbevordering en bescherming	16.01	U25.02.13	Projecten, experimenten en onderzoek
		U25.02.15	Gezondheidsbeleid
		U25.02.16	Noodfonds Bijlmermeerramp
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M25.01 (deels)	Volksgezondheid algemeen
Curatief somatische zorg	16.02	U25.01.02	Beroepen en opleidingen volksgezondheid
		U25.02.01	Wet orgaandonatie en medische ethiek
		U25.02.03	Tweedelijnszorg
		U25.02.04 (deels)	Eerstelijnszorg
		U25.02.11 (deels)	Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen en biotechnologie
		U25.03.05	Rijksbijdrage financiering abortusklinieken
		U25.04	Garanties Volksgezondheid
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M22.02 (deels)	Overige ontvangsten andere begrotingen en organisaties
		M25.01 (deels)	Volksgezondheid algemeen
		M25.02	Medische tuchtwet
		M25.04	Terugbetalingen op effectief geworden garanties
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	16.03	U24.10	Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid
		U25.02.04 (deels)	Eerstelijnszorg
		U25.02.06	Geestelijke volksgezondheid
		U25.02.07	Alcohol-, drug- en tabaksbeleid
		U25.02.12	Illegalfonds
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M22.02 (deels)	Overige ontvangsten overige begrotingen en organisaties
		M24.01 (deels)	Welzijn algemeen
		M25.01 (deels)	Volksgezondheid algemeen
Gehandicaptenzorg	16.04	U24.03	Gehandicaptenbeleid
		U25.02.11 (deels)	Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen en biotechnologie
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M22.02 (deels)	Overige ontvangsten andere begrotingen en organisaties
		M24.01 (deels)	Welzijn algemeen
		M24.02 (deels)	Bijdragen van andere begrotingen voor welzijn
Verzorging, verpleging en ouderen	16.05	U24.02 (deels)	Ouderenbeleid
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen

Begroting 2002		Begroting 2001	
Naam artikel	nr.	oude artikel-indeling	Omschrijving
		M24.01(deels)	Welzijn algemeen
Arbeidsmarktbeleid	16.06	U25.03.02	Arbeidsmarktbeleid
		U25.03.03	Extra banen zorgsector
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M25.01 (deels)	Volksgezondheid algemeen
Jeugdbeleid	16.07	U24.04	Jeugdbeleid
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M24.01 (deels)	Welzijn algemeen
		M24.02 (deels)	Bijdrage van andere begrotingen
		M24.03	Jeugdbeleid
Sociaal beleid	16.08	U24.09	Sociaal beleid
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M22.02 (deels)	Overige ontvangsten andere begrotingen en organisaties
		M24.01 (deels)	Welzijn algemeen
		M24.02 (deels)	Bijdragen van andere begrotingen
Sportbeleid	16.09	U24.07	Sportbeleid
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M24.01 (deels)	Welzijn algemeen
Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen	16.10	U24.05	Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen
		U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		M22.01	Algemeen
		M24.01	Welzijn algemeen
Inspecties	16.11	U23.01	Inspectie voor de gezondheidszorg
		U26.02	Bijdrage aan het agentschap Keuringsdienst van Waren
		U22.07	Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M22.02 (deels)	Overige ontvangsten van andere begrotingen en organisaties
		M23.01	Inspectie voor de gezondheidszorg
		M26.02	Keuringsdienst van Waren
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	16.12	U27.01	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
		M27.01	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
		M27.02	Bijdrage van begroting XI inzake het RIVM
Rijksbijdragen	16.13	U25.03.01	Rijksbijdrage AFBZ
		U25.03.04	Rijksbijdrage ziekenfondsverzekering
		U25.03.06	Bijdragen in de kosten van kortingen

Begroting 2002		Begroting 2001	
Naam artikel	nr.	oude artikel- indeling	Omschrijving
Algemeen	16.14	U22.01 (deels)	Personeel en materieel
		U22.02	VUT-uitkeringen en suppletie wachtgelden trendvolgers
		U22.06	Sociaal en Cultureel Planbureau
		U22.08	Internationale samenwerking
		U22.09	Adviesraden
		U24.02 (deels)	Ouderenbeleid
		U25.01.01	Algemene uitgaven volksge- zondheid
		M22.01 (deels)	Algemeen
		M22.02 (deels)	Overige ontvangsten andere begrotingen en organisaties
		M24.01 (deels)	Welzijn algemeen
		M25.01 (deels)	Volksgesondheid algemeen
		M25.06	Verrekening met het agent- schap CBG
		Nominaal en onvoorzien	16.15
U22.04	Prijsbijstelling		
U22.05	Onvoorzien		

BIJLAGE: MOTIES EN TOEZEGGINGEN

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
GGZ: Motie Hermann c.s. over het PGB in de GGZ voor de functie van begeleiding en experimenten voor o.m. verblijf	25 424 nr. 13	Per 01/01/2001 is het PGB-GGZ voor de functie begeleiding landelijk ingevoerd. Er is € 8,7 mln. op jaarbasis beschikbaar (25 657, nr.18). De experimenten behandeling en verblijf zijn voorlopig opgeschort aangezien de GGZ is betrokken bij het AWBZ-brede invoering van een functioneel omschreven PGB.
GGZ: Motie Van Vliet c.s. over geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving	25 424 nr. 20	UITGEVOERD Zie kabinetsstandpunt op het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg inzake Interculturalisatie van de gezondheidszorg (27 401, nr. 6)
WVG: Motie Lambrechts c.s. over sociale hulphonden	26 435 nr. 21	De motie is in uitvoering. Deze motie is in het kader van de WVG ingediend. Voortouw is van SZW overgenomen door VWS. Financiering is geregeld (€1,4 mln. structureel). In 2001 worden eerst instructeurs opgeleid en vervolgens volgt de hondenopleiding.
Begroting: Motie Oudkerk c.s. over de numeris fixus voor de studie geneeskunde	26 800 XVI nr. 25	UITGEVOERD Zie brief met notitie inzake het opheffen van de numeris fixus d.d. 09/11/2000 van de minister van OcenW
Begroting: Motie Van der Vlies c.s. over een internationaal verbod op de handel in menselijke eicellen	26 800 XVI nr. 40	Het Comité Directeur Bioéthique zal naar verwachting in het najaar met de onderzoeksresultaten komen. Vervolgens zal de TK zo spoedig mogelijk geïnformeerd worden.
Arbeidsmarktbeleid: Motie Weekers/Oudkerk over taakherschikking in de zorgsector	26 800 XVI, nr. 107	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 18/07/2001, kenmerk MEVAÅBA 2198294 inzake arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
Zorgnota: Motie Arib c.s. over vaccinatie tegen hepatitis B	26 801 nr. 15	De Minister van VWS heeft aangegeven dat zij voornemens is het advies van de Gezondheidsraad op te volgen en dus een hepatitis-B-vaccinatie aan te zullen bieden aan zuigelingen van wie één of beide ouders afkomstig is uit een hoog of middel-endemisch land (27 401, nr. 50). Op 4 april jl. heeft de Minister hierover met de TK overleg gevoerd. Een kamermeerderheid heeft de Minister in haar voornemen gesteund. Een uitwerking van het standpunt alsmede een reactie op de vragen die gesteld zijn tijdens het AO van 4 april is op 27/06/2001 naar de TK gezonden (Zie GZB/GZ 2193389 inzake zuigelingenvaccinatie hepatitis B)
Begroting OCW: Motie Lambrechts c.s. over de numerus fixus voor de studie tandheelkunde	26 800 VIII nr. 40	UITGEVOERD. Zie brief d.d. 11/12/2000 kenmerk CSZ/BO-2135150
Begroting LNV: Motie Stellingwerf/M.B. Vos over alternatieven voor dierproeven	26 800 XIV nr. 27	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 15/12/2000 kenmerk GZB/VVB 2138386

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Xenotransplantatie: Motie Terpstra/Swildens-Rozendaal over een moratorium met uitzonderingen	26 335 nr. 5	Aan de Kamer is bericht (zie brief CSZ/ME-2194594, d.d. 03/07/2001) dat realisatie van een verbod dmv een algemene maatregel van bestuur niet mogelijk blijkt, en dat deze nu zal plaatshebben door middel van een wijziging van de Wet op bijzondere medische verrichtingen. Zo mogelijk zal het wetsontwerp nog in 2001 bij de Kamer worden ingediend.
Xenotransplantatie: Motie Van der Vlies c.s. over alternatieven voor xenotransplantatie	26 335 nr. 6	Aan de Kamer is een kopie gezonden van de adviesaanvraag inzake het gebruik van (stam)cellen voor transplantatiedoeleinden, die in verband met de uitvoering van de motie is gedaan aan de Gezondheidsraad (26 339, nr. 15). Omdat de raad het advies terzake niet eerder dan in 2002 zal kunnen uitbrengen, is verzocht om ook tussentijds in te lichten over relevante ontwikkelingen die zich voordoen.
Jeugdzorg: Motie Arib/Ravestein over instelling van een kinderoombudsman	26 816 nr. 7	UITGEVOERD Zie brief aan TK van Justitie d.d. 13/11/2000 kenmerk 5062127/00/PJS
Wet jeugdzorg: Motie Arib/Van Vliet over een meldingsplicht in de Wet op de jeugdzorg	26 816, nr. 15	Uitvoering van deze motie wordt meegenomen in Wijziging Wet AMK's (ingediend bij TK 03/07/2001)
Wet jeugdzorg: Motie Orgü c.s. over licht-ambulante zorg	26 816, nr. 16	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 5 december 2000 kenmerk DJB/JHV-U-2135660
Wet jeugdzorg: Motie Van Vliet c.s. over een notitie met daarin een financieel kader	26 816, nr. 19	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 15 november 2000 kenmerk FEZ-2126597
Wet jeugdzorg: Motie Rouvoet c.s. over zichtbaarheid, herkenbaarheid en laagdrempelige toegang van landelijke voorzieningen	26 816, nr. 24 (was 21)	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 05/12/2000 kenmerk DJB/JHV-U-2135660 inzake motie terzake
Fin. Verantwoording en Voorjaarsnota: Motie De Graaf/Melkert over wachtlijsten van ziekenhuizen	27 127, nr. 73	UITGEVOERD. In het Actieplan Zorg Verzekerd is deze motie meegenomen (27 488, nr. 1).
Geneesmiddelen: Motie Van Blerck-Woerdman/Oudkerk over de KNMP taxe en de CTG-tariefbeschikking	24 124, nr. 103	Motie is ontraden. Hoewel de motie een ondersteuning is van het lange termijn beleid is het uitvoeren daarvan op korte termijn onverantwoord. Zie brief aan TK inzake standpunt moties geneesmiddelen (24 124, nr. 110). Thans vindt overleg met partijen plaats over tariefstructuur en taxe. In het najaar van 2001 zal de TK hierover worden bericht.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Geneesmiddelen: Motie Oudkerk/ Van Blerck-Woerdman over overheveling van budgettering	24 124, nr. 104	De kosten van poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen zullen door de nieuwe bekostigingsstructuur (DBC's 2003) worden ondergebracht onder de verantwoordelijkheid van het GMSB. Dit is in lijn met de nieuwe rol van de zorgverzekeraars. Tot die tijd zal op vrijwillige basis tot beheersing gekomen worden door afspraken tussen ziekenhuizen, specialisten en zorgverzekeraars. Zie brief aan inzake standpunt moties geneesmiddelen (24 124, nr. 110). Betreffende het afzien van overheveling van geneesmiddelen naar het budget van verzorgingshuizen wordt verwezen naar bovengenoemd schrijven d.d. 22/09/2000 alsmede de brief van 14/07/2000, kenmerk DVVO/DB/-U-2083604 inzake genees- en hulpmiddelen in de aanspraak op verzorgingshuiszorg. Hierin wordt tevens ingegaan op de motie waarbij voor de discussie over het onderwerp wordt verwezen naar het AO MOZ van 15/10/2000.
Geneesmiddelen: Motie Oudkerk/ Van Blerck-Woerdman over vergoeding van therapieën	24 124, nr. 106	UITGEVOERD Zie brief aan TK inzake standpunt moties geneesmiddelen (24 124, nr. 110)
APB 2000: Motie-Melkert c.s. over het tekort aan artsen	27 400, nr. 9	UITGEVOERD Zie brief met notitie inzake het opheffen van de numeris fixus d.d. 09/11/2000 van de minister van OCenW.
APB 2000: Motie-De Graaf c.s. inzake het uit de beschikbare ruimte bij de Najaarsnota middelen vrij maken ten behoeve van o.m. sport	27 400, nr. 23	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 20/11/2001 inzake Najaarsbrief Zorg 2000
Begroting 2001: Motie Middel c.s. over het voormalig kamp Amersfoort	27 400 XVI, nr. 28	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 27/03/2001 kenmerk DVVB/IB-U-2164671
Begroting 2001: Motie Middel c.s. over publiek-private initiatieven op het terrein van de sport	27 400 XVI, nr. 29	De motie zal worden betrokken bij het beleidsstandpunt op het rapport «Handreiking voor Topsportevenementen» (dit rapport is op 18/09/2000 aan de TK aangeboden). Het advies van NOC*NSF is reeds aangeboden, echter een nadere uitdieping en onderbouwing van het advies zal worden gevraagd. Het beleidsstandpunt zal voor het einde van 2001 aan de TK worden aangeboden.
Begroting 2001: Motie Middel c.s. over kleinere sporten	27 400 XVI, nr. 30	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 16/02/2001 kenmerk DBO-CB-U-2155203
Begroting 2001: Motie Middel/Atsma over versterking van het vrijwilligerswerk	27 400 XVI, nr. 31	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 29/05/2001 kenmerk DSB/IN-2182810
Begroting 2001: Motie Middel/Atsma over een maatschappelijke stage binnen het onderwijs	27 400 XVI, nr. 33	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 20/06/2001 kenmerk DSB/IN-2190111
Begroting 2001: Motie Atsma/Middel over subsidierichtlijnen voor de levensbeschouwelijke koepels	27 400 XVI, nr. 34	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 23/02/2001 kenmerk S/BOA-2157639
Begroting 2001: Motie Buijs/Oudkerk over dieetpreparaten	27 400 XVI, nr. 35	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 05/06/2001 kenmerk DBO-CB-U-2179022
Begroting 2001: Oudkerk c.s. over donorcoördinatoren	27 400 XVI, nr. 36	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 31/01/2001 kenmerk CSZ/ZT/2147691

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Begroting 2001: Motie Van Gent c.s. over de opvang van dak- en thuislozen	27 400 XVI, nr. 37	Het kabinet heeft in beperkte mate uitvoering gegeven aan deze motie; de wijze van uitvoering is gemeld in brief aan Tweede Kamer (25 682, nr. 9) inzake uitkomsten van de bespreking met VNG, Federatie Opvang, GGZ-Nederland en de LVT
Begroting 2001: Motie Van Gent c.s. over het tekort aan stageplaatsen in de zorginstellingen	27 400 XVI, nr. 38	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 14/05/2001 kenmerk MEVA/ABA/2177527.
Begroting 2001: Motie Van Blerck-Woerdman c.s. over de apotheekhoudende huisarts	27 400 XVI, nr. 42	TK is gemeld dat er geen nieuwe vergunningen worden afgegeven voor apotheekhoudende huisartsen; zittende APG's worden thans extra beschermd. Zie brief aan TK d.d. 28/06/2001, kenmerk GMV 2190279
Begroting 2001: Motie Blok c.s. over de achterstand van de ICT in de zorgsector	27 400 XVI, nr. 43	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 11/05/2001 kenmerk DBO-CB-U-2173743
Begroting 2001: Motie Van Vliet c.s. over de gebarentaal voor doven en slechthorenden	27 400 XVI, nr. 44	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 29/06/2001, kenmerk DBO-CB-U-2191157
Begroting 2001: Motie Ravestein c.s. over de vervoerskosten voor jeugdige rolstoelersporters	27 400 XVI, nr. 46	Zie brief aan TK d.d. 03/07/2001, kenmerk S/P&K-2185768 inzake motie terzake. Overleg met partijen heeft plaatsgevonden. Thans bestaat te weinig inzicht in de problematiek; derhalve zal een onderzoek plaatsvinden.
Begroting 2001: Motie Rouvoet c.s. over gehoorschade en geluidsoverlast	27 400 XVI, nr. 48	De reden waarom het aangekondigde onderzoek naar de effecten op het gehoor ten gevolge van blootstelling aan te luide popmuziek op zich heeft laten wachten is op 29/06/2001 aan de TK medegedeeld. (Zie brief aan TK, kenmerk GZB/GZ 2192519 inzake tijdspaden onderzoek gehoorschade.) De resultaten van dit onderzoek, die thans op korte termijn beschikbaar komen, zullen worden betrokken bij de uitwerking van de motie Rouvoet. Een aantal activiteiten ter uitvoering van de motie zijn reeds in gang gezet. Na het zomerreces zal de TK worden bericht over de uitvoering van de motie Rouvoet.
Begroting 2001: Motie Atsma c.s. over schoolfruit	27 400 XXI, nr. 50	Onderzocht wordt hoe met deze motie zal worden omgegaan. Nadat de benodigde informatie is ontvangen zal de TK worden geïnformeerd.
Begroting 2001: Motie Ravestein/ Hermann over het Kleurrijk Grote Steden Voetbaltoernooi	27 400 XVI, nr. 57 (was nr. 45)	UITGEVOERD Stas heeft dit de TK gemeld tijdens de behandeling van de Supplettoire VWS (Zie Handelingen, TK 2000–2001, 27 777)
Zorgnota: Motie Dankers c.s. over een zorgkloof in de gehandicaptenzorg	27 401, nr. 10	Zie brief aan TK d.d. 09/05/2001, kenmerk DBO-CB-U-2150640 inzake Kwaliteit in de gehandicaptenzorg. Tijdens het AO Gehandicaptenbeleid d.d. 23/05/2001 is toegezegd op enkele punten een verdieping aan te brengen (brief zal in het najaar van 2001 aan TK worden gezonden).
Zorgnota: Motie Dankers c.s. over de wachtlijsten bij RIO's	27 401, nr. 11	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17 juli 2001 inzake motie Van Vliet

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Zorgnota: Motie Buijs c.s. over het individueel benaderen van potentiële herintreders	27 401, nr. 12	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 25/01/2001, kenmerk MEVA/ABA 2146476 inzake plan van aanpak herintreders in de zorg
Zorgnota: Motie Arib/Hermann over de behoefte aan een sluitende keten van 24-uursopvang voor dak- en thuislozen en psychiatrische patiënten	27 401, nr. 15	De motie wordt uitgevoerd en maakt onderdeel uit van regionale wachtlijstplannen GGZ. Voorts wordt landelijk convenant OGGZ 2e helft van 2001 geëvalueerd. Vervolgens zal de TK worden geïnformeerd.
Zorgnota: Motie Arib c.s. over het inzetten van wachtlijstmiddelen voor werving en scholing van personeel in de zorg	27 401, nr. 16	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 18/07/2001, kenmerk MEVA/ABA 2198294 inzake arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
Zorgnota: Motie Arib c.s. over het ziekteverzuim in verpleeg- en verzorgingshuizen	27 401, nr. 17	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 18/07/2001, kenmerk MEVA/ABA 2198294 inzake arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
Zorgnota: Motie Arib c.s. over verlaging van de normgrootte van de verloskundigenpraktijk	27 401, nr. 18	De huidige normgrootte is a.d.h.v. diverse onderzoeken vastgesteld en voldoende bevonden. Motie wordt niet verder uitgevoerd. Dit is ook door de Minister tijdens het AO van 13 juni 2001 aangegeven.
Zorgnota: Motie Arib/Van Vliet over de uitwerking van het PvdA-plan «Stoppen met wachten»	27 401, nr. 20	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 16/03/2001, kenmerk DBO-CB-U-2155203 inzake stand van zaken diverse moties
Zorgnota: Motie Arib c.s. over het gebrek aan voorzieningen voor IC voor kinderen als mede het vervoer van ernstig zieke kinderen	27 401, nr. 21	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 14/12/2001 inzake uitvoering moties Zorgnota en begroting 2001
Zorgnota: Motie Oudkerk c.s. over de noodzaak om de tekorten aan verplegenden en verzorgenden weg te nemen	27 401, nr. 22	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 18/07/2001, kenmerk MEVA/ABA 2198294 inzake arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
Zorgnota: Motie Oudkerk/Van Blerck-Woerdman over verkorting van de opleiding tot huisarts	27 401, nr. 23	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 12/02/2001, kenmerk CSZ/BO-2151332, inzake uitvoering motie terzake
Zorgnota: Motie Hermann c.s. over de voorlopige raming van het Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige opleidingen	27 401, nr. 26	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 01/02/2001, CSZ/BO-2148342 inzake uitvoering motie terzake
Zorgnota: Motie Van Blerck-Woerdman over een plan van aanpak voor uitbreiding van radiotherapeutische apparatuur	27 401, nr. 27	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 08/01/2001, kenmerk CSZ/ZT 2140247 inzake plan van aanpak radiotherapie
Zorgnota: Motie Van Blerck-Woerdman c.s. over het invoeren van diagnosebehandelcombinaties	27 401, nr. 28	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 25/01/2001, kenmerk CSZ/ZT-2145988 inzake tijdsplanning DBC2003
Zorgnota: Motie Blok c.s. over het omzetten van een persoonsgebonden budget in een aanspraak voor de zorg	27 401, nr. 29	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17/01/2001, kenmerk PBO/2189780 inzake Standpunt modernisering AWBZ en vereenvoudiging PGB
Zorgnota: Motie van Vliet c.s. over uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor verloskundigen	27 401, nr. 30H	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 16/03/2001, kenmerk DBO-CB-U-2155203, inzake stand van zaken diverse moties

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Zorgnota: Motie c.s. over het standaard aanbieden van een HIV-test aan zwangere vrouwen	27 401, nr. 35 (was nr. 19)	De TK is geïnformeerd over het huidige beleid (zie brief aan TK d.d. 14/12/2001 inzake uitvoering moties Zorgnota en Begroting 2001) Er is reeds overleg gevoerd met relevante veldpartijen over wenselijkheid van uitvoering van algemeen aanbieden van een HIV test aan zwangere vrouwen. Minister beraadt zich momenteel op de vraag of uitvoering moet worden gegeven aan deze motie. De TK zal hierover nog dit jaar worden geïnformeerd.
Zorgnota: Motie Hermann/Buijs over de verwijdering van witte bloedcellen uit transfusiebloed per 1 september 2001	27 401, nr. 36	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 22/05/2001 kenmerk GMV/L-2175047
Zorgnota: Motie Van Vliet c.s. over het zorgvuldig omgaan met uitbreiding van de beheerskosten van de AWBZ en het opzetten van een registratiesysteem indicatiebesluiten	27 401, nr. 37H (was nr. 31)	Aan de TK is toegezegd haar per kwartaal te informeren over de AWBZ brede registratie. In het kader van het Convenant zijn afspraken gemaakt met ZN en CvZ over monitoring van de uitgaven. De eerste voortgangsrapportage zorgregistratie is op 08/05/2001 aan de TK gezonden. De tweede voortgangsrapportage zal deel uit maken van de rapportage van het groot project Modernisering AWBZ.
Kinder IC's: Motie Arib c.s. over een tekort aan IC-plaatsen	27 401, nr. 58	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 11/06/2001, kenmerk CSZ/ZT/2185899, inzake IC-plaatsen
Mod. AWBZ: Motie Arib over een wettelijke verankering van zeggenschapsinstrumenten	24 036/26 631, nr. 189	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17/01/2001, kenmerk PBO/2189780 inzake Standpunt modernisering AWBZ en vereenvoudiging PGB
Mod. AWBZ: Motie Blok c.s. over het door AWBZ aanbieders onderscheid maken tussen diverse kosten in hun prijsopgaves	24 036/26 631, nr. 193H	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 16/02/2001 kenmerk PBO/2153337
Mod. AWBZ: Motie Dankers c.s. over de omslag naar vraagsturing; bij zorgstelsel niet langer uitgaan van WZV-grenzen	24 036/26 631, nr. 195	Motie wordt meegenomen in het kader van de behandeling van de WEZ.
Mod. AWBZ: Motie Blok c.s. over het oprichten van een stuurgroep die toezicht houdt op pluriformiteit	24 036/26 631, nr. 203 (was nr. 192)	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 13/04/2001 kenmerk DBO-CB-U-2165746
Mod. AWBZ: Motie Dankers over een bruteringsoperatie	24 036/26 631, nr. 204 (was nr. 194)	UITGEVOERD Brief d.d. 25/06/2001 (DVVO-ZV-U-2191728) inzake wonen en zorg op maat aan Tweede Kamer. Bijlage 3 handelt over het bruteringsvraagstuk.
Mod. AWBZ: Motie Van Vliet c.s. over een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatie-stelling	24 036/26 631, nr. 205 (was nr. 196)	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17 juli 2001 inzake motie Van Vliet
Mod. AWBZ: Motie Van Vliet over flexibilisering en ontschotting	24 036/26 631, nr. 206 (was nr. 197)	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17/01/2001, kenmerk PBO/2189780 inzake Standpunt modernisering AWBZ en vereenvoudiging PGB
Donorgegevens KI: Motie Dittrich over een redelijke toegang tot KI-behandeling	23 207, nr. 19	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17/07/2001 inzake Communicatieplan Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
Donorgegevens KI: Motie O.P.G. Vos over voorlichting aan de donor	23 207, nr. 20	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 17/07/2001 inzake Communicatieplan Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
Jeugdzorg: Motie Arib c.s. over een interdepartementaal integraal plan van aanpak ter voorkoming van kindermishandeling en seksueel misbruik	27 410, nr. 15	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 01/06/2001, kenmerk DJB/JHV-2185350 inzake moties jeugdzorg

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Jeugdzorg: Motie Van Vliet c.s. over de wachtlijst-cijfers	27 410, nr. 16	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 01/06/2001, kenmerk DJB/JHV-2185350 inzake moties jeugdzorg
Voortgangsrapportage Beleidskader Jeugdzorg 2001–2004: Motie Van Gent c.s. over een Jeugd Effectrapportage	27 410, nr. 21	De TK zal in het najaar 2001 worden geïnformeerd over de uitvoering van deze motie.
Voortgangsrapportage Beleidskader Jeugdzorg 2001–2004: Motie van Van Vliet c.s. over het duidelijk vastleggen in de Wet op de jeugdzorg wat verstaand wordt onder crisisopvang en om welke psychische problematiek het hier gaat	27 410, nr. 23	Motie wordt meegenomen tijdens de behandeling van de Wet op de jeugdzorg.
Voortgangsrapportage Beleidskader Jeugdzorg 2001–2004: Motie van Arib c.s. over het opnemen van acceptatieplicht in de Wet op de jeugdzorg.	27 410, nr. 25	Motie wordt meegenomen tijdens de behandeling van de Wet op de jeugdzorg.
Euro 2000: Motie Middel c.s. over vrijvallende middelen voor de sport	26 227, nr. 34	De motie zal worden betrokken bij het beleidsstandpunt op het rapport «Handreiking voor Topsportevenementen» (dit rapport is op 18 september 2000 aan de TK aangeboden). Het advies van NOC*NSF is reeds aangeboden, echter een nadere uitdieping en onderbouwing van het advies zal worden gevraagd. Het beleidsstandpunt zal voor het einde van 2001 aan de TK worden aangeboden.
Euro 2000: Motie Rijpstra/ Atsma over een sportevenementenfonds en een sportaccommodatiefonds	26 227, nr. 35	De motie zal worden betrokken bij het beleidsstandpunt op het rapport «Handreiking voor Topsportevenementen» (dit rapport is op 18 september 2000 aan de TK aangeboden). Het advies van NOC*NSF is reeds aangeboden, echter een nadere uitdieping en onderbouwing van het advies zal worden gevraagd. Het beleidsstandpunt zal voor het einde van 2001 aan de TK worden aangeboden.
Tabakswet: Motie Oudkerk/Kant over Vergoeding van bewezen effectieve ondersteuningsvorming bij stoppen met roken	26 472, nr. 19	De TK zal naar verwachting in het voorjaar 2002 worden geïnformeerd over de uitvoering van deze motie.
Tabakswet: Motie Oudkerk over onderzoek naar nadere mogelijkheden ter bescherming van kinderen met chronische luchtwegaandoeningen tegen tabaksrook	26 472, nr. 20	De TK zal naar verwachting in het voorjaar 2002 worden geïnformeerd over de uitvoering van deze motie.
Tabak: Motie Marijnissen over verkoop van tabaksproducten in speciaalzaken; plan van aanpak beperking verkoop	24 743, nr. 5	De strekking van deze motie is opgenomen in het amendement van SP (26 472, nr. 4). Tijdens de stemmingen is het amendement verworpen. Derhalve zal de motie niet worden uitgevoerd.
Motie Schimmel over een onafhankelijke klachtencommissie voor medische keuringen; indien blijkt dat betrokken organisaties niet tot een onafhankelijke cie. kunnen komen, voorbereidingen treffen een onafhankelijke cie. in het leven roepen + voorafgaand aan 1 januari 1999 klachtenmeldpunt instellen	25 024, nr. 4	Betrokken organisaties zijn niet met voorstellen gekomen t.a.v. een onafhankelijke commissie «aanstellingskeuringen». Derhalve is een AmvB m.b.t. klachtencommissie aanstellingskeuringen door SZW en VWS opgesteld. Deze AmvB is eind juni naar de RvS gestuurd. De instelling van een klachtencommissie voor «verzekerings-keuringen» wordt alsnog geregeld in het zelfreguleringsoverleg tussen partijen in het najaar van 2001.

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Motie Oudkerk over het verbieden van buiten-reclame m.b.t. tabak	24 743, nr. 10	UITGEVOERD: Wetsvoorstel Tabakswet is op 31/05/2001 behandeld in de TK en op 06/06/2001 aanvaard. Daarmee is gevolg gegeven aan de uitvoering van deze motie
Motie Waalkens over een rapportage over een alternatief financieringssysteem voor SRM en HRM	24 688, 21 501-16, nr. 48	De minister van LNV heeft, mede namens de ministers van AZ en VWS, per de Kamer gemeld dat de eerste verantwoordelijkheid voor de Destructiewet per 1-10-2001 overgaat van VWS naar LNV. Zie brief 22/06/2001, kenmerk VVM.2001/2280. In deze brief geeft de minister van LNV aan u over twee maanden nader te informeren over een nieuw financieringssysteem voor het ophalen, verwerken en vernietigen van kadavers dat hij op 1 januari 2002 wil laten ingaan. Tot die tijd zullen de tarieven voor veehouders bevroren blijven op het niveau van 2000, zijnde € 10,6 (excl. BTW) per stop.
Motie Van der Hoek over jaarlijkse evaluaties over de vraag of het zorgaanbod in de regio's daadwerkelijk op de vraag aansluit; instellen taskforce die extramuralisering en samenwerking relevante instellingen buiten GGZ gaat begeleiden + jaarlijkse evaluaties te initiëren zorgvraag en -aanbod op elkaar aansluit + TK jaarlijks per brief te informeren	25 424, nr. 19 (was nr. 11)	Per 18 oktober 2000 is de Taskforce vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg geïnstalleerd. (Kamerstukken II, 2000-2001, 25 424, nr. 29). De Taskforce komt begin 2002 met concrete aanbevelingen. Het evaluatie-verzoek is niet overgenomen omdat jaarlijks verslag wordt gedaan in de Zorgnota. Zie brief aan TK d.d. 30/09/1999 kenmerk GVM/GGZ/2000489 inzake nota-overleg beleidsvisie GGZ)

WAT IS TOEGEZEGD	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Verloskunde; Standpunt rapportage bouwcollege inzake uitvoeringstoets tweedelijns verloskunde	Brief CSZ/ZT-/2189371, dd. 13 juni 2001	Het College Bouw zorgvoorzieningen is bezig met de uitvoering van de toets. De verwachting is dat dit in november 2001 gereed komt. Vervolgens zal de TK worden geïnformeerd.
Huisartsen; Standpunt aan de Kamer zenden op het advies van de commissie Tabaksblat (Een gezonde spil in de zorg)	Brief CSZ/EZ-2169610, dd. 5 april 2001	De Tweede Kamer is op hoofdlijnen geïnformeerd per brief dd. 29 juni 2001 kenmerk DBO-CB-U-2194680. Na het zomerreces zal de TK nader worden geïnformeerd
Ambulancezorg; Eindrapport knelpuntenonderzoek ambulance zorg	AO Ambulancezorg dd. 11 november 1999	Op 27 juni 2001 is het rapport aan VWS aangeboden. Het standpunt zal aan het einde van het zomerreces aan de TK worden aangeboden.
Topklinische zorg; Nadere uitwerking plan van aanpak radiotherapie	Brief CSZ/ZT 2194861, dd. 3 juli 2001	De nadere uitwerking van het plan van aanpak zal voor het einde van 2001 aan de Tweede Kamer worden gezonden.
Topklinische zorg; Rapportage onderzoek naar kinder IC's en de benodigde capaciteit aan IC's voor pasgeborenen	CSZ/ZT 2183960, dd. 17 mei 2001	De IGZ heeft dit onderzoek in uitvoering. Verwacht wordt dat het rapport in september 2001 aan VWS wordt aangeboden. Vervolgens zal de TK zo spoedig mogelijk worden geïnformeerd.
Topklinische zorg; Eindrapport projectgroep Integratie Hospicezorg (palliatieve terminale zorg)	Brief CSZ/EZ-2116060, dd. 13 oktober 2000	In het najaar 2001 wordt het rapport verwacht. Vervolgens zal de TK zo spoedig mogelijk worden geïnformeerd.
Patiëntenbeleid; Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen	Brief CSZ-2159292, dd. 27 februari 2001	Na ommekomst van de uitkomsten van de evaluatie zal de TK worden geïnformeerd.
Het operationaliseren van een risico-analyse voor het toezicht van de IGZ	Algemeen Overleg Reorganisatie IGZ, dd. 12 december 2000	De risico-analyse zal deel uit maken van het werkprogramma dat door de IGZ zal worden opgesteld. Dit programma zal voor het einde van 2001 aan de TK worden aangeboden.
TK informeren over de financiering van de kwaliteitsontwikkeling (zorgzwaarte, groepsgrootte)	Algemeen Overleg Gehandicaptenbeleid, dd. 23 mei 2001	In oktober 2001 zal de TK brief ontvangen over de besteding van de extra kwaliteitsmiddelen waarin bijzondere aandacht zal zijn voor nieuwe bekostigingssystematiek naar zorgzwaarte en de groepsgrootte.
Jeugdhulpverlening; Notitie over Interculturalisatie, waarin opgenomen een overzicht	Algemeen Overleg Beleidskader Jeugdzorg, dd. 6 december 2000	Wordt opgenomen in de aanstaande voortgangsrapportage jeugdzorg 2002–2005, deze zal in het najaar 2001 aan de TK worden aangeboden.
Kinderopvang; Inkomenseffecten subsidietafel, waarin toegankelijkheid, vaste werkgeversbijdrage en armoedeval	Algemeen Overleg Kinderopvang, dd. 4 december 2000	De TK zal, tegelijkertijd met aanbidding Wet basisvoorziening kinderopvang, over dit onderwerp worden geïnformeerd. Aanbidding is afhankelijk van het moment waarop de RvS adviseert.
Jeugdzorg; Voortgangsrapportage Beleidskader Jeugdzorg 2002–2005	Brief DBO-CB-U-2109164, dd. 30 november 2000	De voortgangsrapportage Jeugdzorg 2002–2005 zal in het najaar 2001 aan de TK worden aangeboden.
Thuiszorg; Standpunt drie-uursgrens	Brief DBO-CB-U-2190164, dd. 30 november 2000	Het rapport Evaluatie drie-uursgrens dat is uitgevoerd door Cvz is ontvangen. Het standpunt wordt voorbereid en zal naar verwachting half september naar de TK worden gezonden.

WAT IS TOEGEZEGD	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Effectevaluatie proeftuinen farmaceutische zorg	Nota-overleg Zorgnota, dd. 27 november 2000	Effectevaluatie zal na verwachting per oktober 2001 naar de TK gezonden worden.
Drugs; Voortgangsrapportage Drugsbeleid	Brieven DBO-CB-U-2109164, dd. 30 november 2000 & DBO-CB-U-2109177, dd. 17 oktober 2000	De voortgangsrapportage Drugsbeleid zal op 18 september 2001 aan de TK worden aangeboden.
Interculturalisatie; Actieplan Interculturalisatie Gezondheidszorg	Algemeen Overleg Interculturalisatie, dd. 22 februari 2001	Het actieplan Interculturalisatie Gezondheidszorg zal in september verschijnen en vervolgens zo spoedig mogelijk aan de TK worden aangeboden
GGZ; Standpunt eerstelijns psychologen	Brief DBO-CB-U-2109164, dd. 30 november 2000	Begin 2002 zal een standpunt 1e lijns psycholoog worden opgesteld, vervolgens zal dit standpunt zo spoedig mogelijk aan de TK worden aangeboden.
GGZ; Stand van Zaken lokale/regionale OGGZ-beleid (zie ook motie Arib/Hermann inzake 24-uurs opvang, nr. 27401, nr. 15)	Brief DBO-2147112, dd. 19 januari 2001	Nadat in de 2e helft van 2001 het landelijk convenant lokale/regionale OGGZ-beleid is geëvalueerd, zal de TK worden geïnformeerd
Gezondheidsbeleid; Uitvoering Motie Hermann/Van Vliet inzake ontwikkeling NEHAP	Brief DBO-U-2124684, dd. 2 november 2000	Voor het uitvoeren van de motie Hermann en Van Vliet inzake de ontwikkeling van een National Environmental Health Action Plan wordt door VWS en VROM een notitie Gezondheid en Milieu voorbereidt. De volgende aspecten maken onderdeel uit van deze notitie: actualisatie van het rapport «Milieu en Gezondheid» uit 1997, de inbreng vanuit diverse maatschappelijke organisaties en de versterking van de medisch milieukundige functie van GGD-en. Daarnaast wordt de voorgestelde beleidsvernieuwing milieu en gezondheid uit het Vierde Nationaal Milieubeleidsplan in de notitie verder uitgewerkt. Naar verwachting zal de TK deze notitie voor het einde van 2001 ontvangen.
Preventie; Strategienota infectieziekten	Nota-overleg Zorgnota, dd. 13 november 2000	Gesprekken met relevante partijen zijn nog gaande. Na afronding van deze gesprekken zal de TK zo spoedig mogelijk worden geïnformeerd.
Voeding; Beleidsnota Functionele voedingsmiddelen	Brief DBO-CB-U-2109164, dd. 30 november 2000	De volgende onderwerpen zullen van deze nota deel uitmaken: afbakening van het thema, marktverkenning, werkzaamheid, huidige regelgeving, gezondheidsclaims en de zgn. «post launch monitoring». De TK zal deze notitie voor het einde van 2001 te gemoed kunnen zien.
Deregulering; Standpunt rapport Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector	Brief DBO-CB-U-2109164, dd. 30 november 2000	De TK is bij brief dd. 5 juli 2001 kenmerk MEVA/AEB/2195753 geïnformeerd over de tussenstand. De Eindrapportage zal in december 2001 aan de TK worden aangeboden.
Indicatiestelling; Toezenden van prestatieafspraken en besteding extra geld RIO's	Nota-overleg Zorgnota, dd. 27 november 2000 (voortzetting)	Deze toezegging zal worden meegenomen in de septemberrapportage – 2001 over het Groot Project Modernisering AWBZ.

WAT IS TOEGEZEGD**VINDPLAATS****STAND VAN ZAKEN**

Sport; Beleidsstandpunt grote evenementen- en accommodatiebeleid

Algemeen Overleg
Evaluatie Euro 2000,
dd. 29 maart 2001

Het betreft het beleidsstandpunt op het rapport «Handreiking voor Topsportevenementen» (dit advies is op 18 september 2000 aan de TK aangeboden), echter een nadere uitdieping en onderbouwing van dit advies zal aan NOC*NSF worden gevraagd.

Het beleidsstandpunt zal voor het einde van 2001 aan de TK worden aangeboden (zie ook moties ter zake).

Verzekeringen; Voorstel van wet om de voorwaarde te laten vervallen in de WTZ 1998 en in het Besluit categorieën verzekerden WTZ 1998 dat personen voor het afsluiten en het behouden van een verzekering ingevolge de WTZ 1998, in Nederland woonachtig moeten zijn.

Brief Antwoorden op kamervragen van Stroeken en Dankers over zorgverzekering grensarbeiders,
dd. 15 januari 2001

Naar verwachting zal dit stuk voor het einde van 2001 aan de TK worden aangeboden.

Afkortingenlijst

ACBG	Agentschap College Beoordeling van Geneesmiddelen
AMK	Advies- en Meldpunten Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AOW	Algemene Ouderdomswet
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BANS	Bestuursakkoord Nieuwe Stijl
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BOPZ	Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen
BRG	Besluit Registratie Geneesmiddelen
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CAWJ	Convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugdhulpverlening
CAZ	Convenant Arbeidsmarkt Zorg
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CENSIS	Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd
CG	Chronisch zieken en Gehandicaptenraad
CIV	Centraal Informatiepunt Voetbalvandalisme
CJO	Commissie Jeugdonderzoek
CMS	Concerned Member States
COPZ	Centra voor Ontwikkeling Palliatieve Zorg
CSZ	Curatieve Somatische Zorg
CSCB	Commissie Sociaal en Cultureel Beleid
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVZ	College voor Ziekenhuisvoorzieningen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DEFACTO	(voorheen Stivoro) Stichting Volksgezondheid en Roken
DGV	Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening
Doconed	Dopingcontrole Nederland
DON	Deoxynivalenol
EDOCRA	Effectiviteit van Detoxificatie van Opiaten gevolgd door ambulante behandeling volgens CRA (Community Reinforcement Approach)
EMEA	European Medicines Evaluation Agency
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EU	Europese Unie
EVS	Elektronisch Voorschrijf Systeem
EZ	Economische Zaken
FIOM	Federatie Instellingen Ongehuwde Moeders
FORUM	Instituut voor Multiculturele ontwikkeling
FTE	Fulltime Equivalent
FTO	Farmaco Therapie Overleg
FTTO	Farmacologisch Transmuraal Therapeutisch Overleg
FvO	Federatie van Ouderverenigingen
GeBu	Geneesmiddelenbulletin
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

GMP	Good Manufacturing Practice
GMV	Genees- en Hulpmiddelenvoorziening
GOA	Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid
GOMO	Gestructureerd Overleg Maatschappelijke Opvang
GSI	Grote Steden- en Integratiebeleid
GVM	Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang
GVS	Geneesmiddelen Vergoedingensysteem
HIC	Hulpmiddelen Informatie Centrum
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HTA	Health Technology Assessment
IB-tekst	Produktinformatie van geneesmiddelen
ICODO	Stichting Informatie- en Coördinatie-orgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
IHC	Indisch Herinneringscentrum
INFOS	Stichting Infoservices
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
INO	Interdepartementaal Netwerk Ouderenbeleid
IOF	Intercollegiale Overleggen Fysiotherapie
IPO	Interprovinciaal Overleg
IPP	Instituut voor Publiek en Politiek
IPZ	Instituut voor Psychiatrische Zorg
IPZorg	ICT Platform in de Zorg
ISO	International Organization for Standardization
ISSA	Informatie- en Servicepunt Sociale Activering
ITF	Internationale Task Force
IVV	Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg
IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg
KNAW	Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen
KNCV	Koninklijke Nederlandse Chemische Vereniging
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KvW	Keuringsdienst van Waren
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LAREB	Stichting Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen
LBIO	Landelijk Bureau Inning Onderhoudbijdragen
LBL	Landelijk Bureau Leeftijdscdiscriminatie
LBR	Landelijk Bureau ter bestrijding van Rassendiscriminatie
LCGW	Landelijk Contact Gemeentelijk Welzijnsbeleid
LCIG	Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicapten
LFAZ	Landelijke Federatie AmbulanceZorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LISV	Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen
LJO	Landelijke Jongerenorganisatie
LNV	Ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MAP	Meerjaren Activiteiten Programma
ME	Myalgische Encefalitis
MJA	Meerjarenafspraken
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MRP	Mutual Recognition Procedure
MTA	Medical Technology Assessment

NAH	Niet-aangeboren Hersenletsel
NDM	Nationale Drugmonitor
NeCoDo	Nederlands centrum voor dopingvraagstukken
NGO	Non Governmental Organisation
NGR	Nederlandse Gezinsraad
NIBUD	Nederlands Instituut voor Budgetvoorlichting
NICAM	Nederlands Instituut voor Classificatie van Audiovisuele Media
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NISSO	Nederlands Instituut voor Sociaal en Sexuologisch Onderzoek
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NIVU	Nederlands Instituut voor Urgentiegeneeskunde
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NIZW/IC	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/International Centre
NJR	Nationale Jeugdraad
NKI	Nederlands Kanker Instituut
NMG	Nationale Geestelijke Volksgezondheid en Geestelijke Gezondheidszorg
NOP	Nationaal Onderzoek Programma
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NPI	Nederlands Paramedisch Instituut
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NSPH	Netherlands School of Public Health
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OM	Openbaar Ministerie
O&O	Opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
P&C	Planning & Controle
PEO	Projecten, Experimenten en Onderzoek
PGB	Persoonsgebonden budgetfinanciering
PUR	Pensioen- en Uitkeringsraad
REA	Reïntegratie Arbeidsgehandicapten
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RHB	Rijkshoofdboekhouding
RIO	Regionale Indicatieorganen
RIPAGG	Regionale Instellingen Patiëntenregistratiesysteem in de GGZ
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RMS	Reference Member State
RKVV	Rijksdienst voor Keuring van Vee en Vlees
RSCB	Raad voor het Sociaal en Cultureel Beleid
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SBI	Standaard Bedrijfsindeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts

SCEN	Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SCR	Sociaal en Cultureel Rapport
SEIN	Sociale Electronische Informatievoorziening
SES	Sociaal-economische status
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SGBO	Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SMH	Spoedeisende Medische Hulpverlening
SMO	Stichting Maatschappij en Onderneming
SOA	Sexueel Overdraagbare Aandoeningen
SOM	Samenwerkende Organisaties voor Maatschappelijk activeringswerk
SOMMA	Landelijke vereniging van instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan mensen met een (verstandelijke) handicap
SRJV	Stichting Registratie Jeugdhulpverlening
SSN	Sociale Staat van Nederland
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
SVM	Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TVP	Tijdelijke vergoedingsregeling psychotherapie na oorlogse generatie
VBTB	Van Beleidsbegroting Tot Beleidsverantwoording
VG	Verstandelijk Gehandicapten
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VIG	Vernieuwing Innovatie Gehandicaptenzorg
VISIE	Vernieuwing, Integraal, Samenwerking, Informatie en Effectief
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VOG	Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector
VON	Vluchtelingen Organisaties Nederland
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VTV	Volksgezondheidstoekomst Verkenningen
V&V	Verpleging en Verzorging
VVE	Voor- en Vroegschoolse Educatie
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheid
WBK	Wet Basisvoorziening Kinderopvang
WBO	Wet Bevolkingsonderzoek
WBP	Wet Buitengewoon Pensioen 1940–1045
WBPZO	Wet Buitengewoon Pensioen Zeelieden Oorlogsslachtoffers
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
WIN	Welzijnsregeling Inburgering Nieuwkomers
WIP	Werkgroep Infectie Preventie
WIV	Wet buitengewoon pensioen Indisch Verzet
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WOD	Wet op de orgaandonatie

WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
WUBO	Wet Uitkeringen Burger-Oorlogsslachtoffers 1940–1945
WUV	Wet Uitkeringen Vervolgingslachtoffers 1940–1945
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZBO	Zelfstandig Bestuursorgaan
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZON	ZorgOnderzoek Nederland
ZON MW	ZorgOnderzoek Nederland/Medische Wetenschappen
Zorg-IS	Zorg Informatie Systeem

TREFWOORDENREGISTER

Alcohol 20, 26, 55, 59, 60, 114, 175, 179
Algemeen maatschappelijk werk 60, 61, 64, 195
AMW 60, 61, 219
Arbeidsmarkt 11, 12, 15, 16, 78, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 96, 180, 185, 186, 189, 191, 193, 208, 212
AWBZ 11, 13, 14, 15, 17, 54, 58, 64, 65, 69, 74, 77, 78, 79, 84, 145, 146, 150, 151, 159, 172, 180, 182, 184, 208, 212, 213, 217, 219
Bloedvoorziening 50, 51, 53
Breedtesport 21, 25, 110, 112, 113, 114
Budgethoudersverenigingen 68, 69
Commissie Van Rijn 16, 85, 86
Consumentenbescherming 32, 130, 175
Curatieve somatische zorg 23, 38, 39, 42, 46
DBC's 39, 43, 44, 210
Enschede 39, 47
Ethiek 11, 38, 44, 148, 205
Geestelijke gezondheidszorg 21, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 64, 92, 208
Gehandicaptenzorg 13, 15, 23, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 74, 75, 85, 211
Geneesmiddelen 8, 23, 38, 48, 49, 50, 51, 59, 80, 84, 127, 136, 137, 139, 140, 147, 148, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 179, 209, 210, 220
Gezondheidsbescherming 1, 139, 174
Handhaving 20, 26, 33, 127, 130, 131, 132, 133
Huisartsen 16, 17, 23, 31, 38, 39, 40, 41, 42, 58, 81, 211
Huis 80
Hulpmiddelenbeleid 1, 4, 6, 65, 66, 67, 103, 181
ICT 12, 17, 34, 39, 42, 43, 44, 47, 52, 64, 65, 67, 68, 74, 77, 78, 84, 149, 155, 197, 202, 211, 220
Inburgering 107
Indicatiestelling 15, 54, 55, 58, 65, 69, 73, 75, 76, 77, 78, 150, 151
Informatiebeleid 36, 52, 63, 74, 83, 90, 99, 101, 109, 115, 125, 149, 159, 201
Inspecties 8, 25, 131, 132, 161, 172
Jeugdgezondheidszorg 19, 32, 35, 36
Jeugdzorg 12, 20, 25, 61, 91, 92, 93, 94, 95, 100, 134, 187, 188, 209, 213, 214, 216
Kinderopvang 11, 12, 15, 16, 19, 25, 91, 95, 96, 100, 105, 188
Kwaliteitsbeleid 34, 43, 54
Lichaamsmateriaal 48, 50, 51
Maatschappelijk werk 9, 54, 55, 57, 61, 62, 71, 72, 119, 195
Maatschappelijke opvang 1, 4, 6, 22, 23, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 103, 179, 180, 181, 205
Mantelzorg 19, 76, 77, 80
Medisch specialisten 15, 17, 41, 43
Medische technologie 18, 23, 39
Nederlandse Voedselautoriteit 33
Nva 33
Openbare gezondheidszorg 30, 31
Opleiding 13, 17, 31, 38, 39, 40, 41, 42, 69, 85, 86, 87, 106, 113, 114, 178, 197, 205, 208, 212, 221
Opleidingscapaciteit 15, 16, 17, 38, 40, 41, 42, 54
Opleidingsplaatsen 42, 212
Orgaandonatie 44, 45, 50, 53, 205, 222
Participatie 6, 12, 18, 19, 59, 62, 65, 70, 79, 82, 85, 86, 98, 102, 104, 105, 106, 113, 154
PEO 26, 35, 36, 37, 221

Persoonsgebonden budget 13, 34, 68, 212
PGB 13, 34, 68, 69, 79, 151, 175, 208, 212, 213, 221
Preventie 20, 21, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 80, 83, 114,
137, 138, 139, 142, 147, 150, 174, 175, 221
Productveiligheid 35, 50, 51, 132, 172
Projecten, experimenten en onderzoek 26, 35
Psychiatrische problematiek 58
Psychosociale problematiek 54
Regerakkoord 11, 15, 16, 20, 24, 91, 92, 110
RIO 69, 75, 79, 150, 151, 184, 211, 217, 221
Risicogroepen 29, 54
Roken 20, 26, 27, 28, 66, 86, 92, 126, 153, 175, 214
Sector verpleging, verzorging en ouderen 24
Sector 24
Tabaksblat 16, 216
Tegoeden Tweede Wereldoorlog 117, 122, 125, 190, 196
Thuiszorg 15, 23, 29, 69, 72, 77, 80, 87, 105
Topsport 25, 110, 111, 112, 114
Vaccinatie 28, 29, 30, 137, 140, 141, 174, 221
Verpleging 5, 23, 76, 77, 78, 79, 81, 84, 87, 104, 158, 205
Verslavingsproblematiek 179
Verslavingszorg 1, 4, 6, 23, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 64, 103, 158, 175, 179,
180, 181, 205
Verzekeringstelsel 12, 14, 18, 152, 202
Verzetsdeelnemers 25, 125, 195
Verzorging 1, 4, 5, 6, 15, 18, 23, 54, 56, 66, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84,
87, 97, 101, 103, 183, 188, 210, 212
Voedselveiligheid 26, 32, 33, 147, 148
Volendam 33, 39, 47
Vrijwilligers 19, 104, 106, 107, 108, 113
Vrijwilligerswerk 25, 71, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 210
Wachtlijsten 5, 11, 14, 15, 20, 59, 65, 69, 73, 76, 78, 84, 85, 86, 91, 92, 94,
95, 107, 150, 178, 183, 209, 211
Wachttijden 12, 14, 15, 78, 92, 94
Welzijnsnota 6, 7, 55, 66, 70, 73, 75, 77, 91, 98, 100, 101, 102, 103, 104,
108, 109, 110, 179, 182, 184, 188, 190, 191, 193
Werkdruk 11, 16, 22, 55, 56, 85, 180, 186, 202
Wet basisvoorziening kinderopvang 11, 16, 95, 96, 216
WIN 107, 108, 222
WOII-getroffenen 117
Woonzorgstimuleringsregeling 77, 79
Ziekteverzuim 16, 22, 86, 87, 90, 186, 202, 212
Zorgverzekeraars 14, 15, 17, 38, 43, 50, 66, 72, 73, 150, 182, 210
Zorgverzekering 23, 34, 67, 218