

Vergaderjaar 2003–2004

29 200 XVI

## Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004

Nr. 2

### MEMORIE VAN TOELICHTING

<b>Inhoudsopgave</b>		<b>blz.</b>
A. Artikelsgewijze toelichting bij het begrotingsvoorstel		3
B. Begrotingstoelichting		4
Leeswijzer		4
Beleidsagenda:		11
Beleidsartikel 21:	Preventie en gezondheidsbescherming	38
Beleidsartikel 22:	Curatieve zorg	59
Beleidsartikel 23:	Geneesmiddelen en medische technologie	74
Beleidsartikel 24:	Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	90
Beleidsartikel 25:	Modernisering AWBZ	104
Beleidsartikel 26:	Gehandicapten- en hulpmiddelen-beleid	110
Beleidsartikel 27:	Verpleging, verzorging en ouderen	125
Beleidsartikel 28:	Wet voorzieningen gehandicapten	139
Beleidsartikel 29:	Arbeidsmarktbeleid	143
Beleidsartikel 30:	Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenbeleid	151
Beleidsartikel 31:	Zorgverzekeringen	166
Beleidsartikel 32:	Rijksbijdragen volksgezondheid	177
Beleidsartikel 33:	Jeugdbeleid	179
Beleidsartikel 34:	Sociaal beleid	189
Beleidsartikel 35:	Sportbeleid	200
Beleidsartikel 36:	Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen	209
Beleidsartikel 37:	Inspecties	219
Beleidsartikel 38:	Tegemoetkoming buitengewone uitgaven	229
Niet-Beleidsartikel 98:	Algemeen	231
Niet-beleidsartikel 99:	Nominaal en onvoorzien	242
Agentschapsparagraaf		244

Bedrijfsvoeringsparagraaf	281
Financieel Beeld Zorg	283
Verdiepingsbijlage	304
Moties	354
Toezeggingen	361
Afkortingenlijst	365
Trefwoordenregister	372

## **A. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING BIJ HET BEGROTINGS- VOORSTEL**

### **Wetsartikel 1 (uitgaven/verplichtingen en ontvangsten)**

De begrotingsstaten die onderdeel uitmaken van de Rijksbegroting, worden op grond van artikel 1, derde lid, van de Comptabiliteitswet elk afzonderlijk bij de wet vastgesteld. Het onderhavige wetsvoorstel strekt ertoe om de begrotingsstaat van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2004 vast te stellen.

Alle voor dit jaar vastgestelde begrotingswetten tezamen vormen de Rijksbegroting voor het jaar 2004. Een toelichting bij de Rijksbegroting als geheel is opgenomen in de Miljoenennota 2004.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de uitgaven, verplichtingen en de ontvangsten voor het jaar 2004 vastgesteld. De in de begroting opgenomen begrotingsartikelen worden in onderdeel B van deze memorie van toelichting toegelicht (de zgn. begrotingstoelichting).

### **Wetsartikel 2 (begrotingen agentschappen)**

Onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ressorteren de agentschappen «Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen», «Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg», «Nederlands Vaccin Instituut» en «Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu». Het «Nederlands Vaccin Instituut» is een tijdelijk agentschap. Het «Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu» gaat per 1 januari 2004 als agentschap opereren.

Met de vaststelling van dit wetsartikel worden de baten en lasten en de kapitaaluitgaven en -ontvangsten van de agentschappen «Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen», «Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg», «Nederlands Vaccin Instituut» en «Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu» voor het jaar 2004 vastgesteld. De in die begrotingen opgenomen begrotingsartikelen worden toegelicht in onderdeel B (Begrotingstoelichting) van deze memorie van toelichting en wel in de paragraaf over de agentschappen.

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

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

De begroting 2004 is de eerste begroting waarin de Zorgnota geïntegreerd is. Tot vorig jaar ontving u twee documenten, te weten de begroting en de Zorgnota. In de begroting en de Zorgnota werd al aangegeven dat deze documenten elkaar aanvulden en feitelijk niet afzonderlijk van elkaar konden worden gelezen. De beleidsagenda was in beide documenten opgenomen. Ook kwamen diverse onderdelen uit de begroting en de Zorgnota vrijwel overeen. Door de begroting en de Zorgnota te integreren, komt de samenhang van het begrotingsgefinancierde beleid, veelal voorwaardenscheppend van aard, en de premiegefinancierde uitvoering daarvan beter tot zijn recht en wordt deze duidelijker gepresenteerd. De informatiewaarde van het geïntegreerde document, de begroting 2004, is dan ook hoger dan die van de afzonderlijke documenten. Met de integratie van de begroting en Zorgnota wordt tegemoet gekomen aan de wensen van de Tweede Kamer.

### 1. Integratie van de begroting en Zorgnota

#### 1.1 Nieuwe artikelindeling

De integratie van de Zorgnota in de begroting heeft geleid tot een nieuwe artikelindeling. Over deze nieuwe indeling bent u reeds eerder geïnformeerd door middel van de brief TK 2002–2003, 28 600 XVI nr.133. In deze brief staan ook de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de artikelindeling in de begroting 2003. In de onderstaande paragrafen wordt, daar waar nodig, nog verder op ingegaan. In de verdiepingsbijlage is een zogenoemde «was-wordt-tabel» opgenomen. Hierin wordt een relatie gelegd tussen de artikelindeling uit de begroting 2003 en de artikelindeling in deze geïntegreerde begroting. In de tabellen «Budgettaire gevolgen van beleid» zijn de realisatie 2002 en de raming 2003 vertaald naar de huidige indeling van artikelen en operationele doelstellingen. Dit houdt tevens in dat de bedragen die betrekking hebben op beleids-onderwerpen die inmiddels zijn overgegaan naar een ander ministerie niet in deze tabellen zijn opgenomen.

#### 1.2 Begrotings- en premie-uitgaven in relatie tot verantwoordelijkheden van VWS

In de structuur van het artikel wordt de eigenheid van de premie-uitgaven tot uitdrukking gebracht.

Een belangrijk verschil tussen de begrotingsuitgaven en de premie-uitgaven is dat we bij de begroting zelf belast zijn met de uitvoering en dat we zelf het beheer voeren over de bij de begroting beschikbaar gestelde middelen. Bij de uitvoering van de begroting worden alle verplichtingen aangegaan en worden alle uitgaven gedaan door of namens ons. Aan de premie-uitgaven in de zorg liggen echter individuele beslissingen van de bij de zorg betrokken partijen ten grondslag (patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars). Beide uitgavencategorieën vallen echter onder de collectieve uitgaven.

Onze verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorg is te beschouwen als een systeemverantwoordelijkheid (toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit). In de Nederlandse traditie is de gezondheidszorg in belangrijke mate een zaak van het particuliere initiatief. Zorg

verlenen is de primaire verantwoordelijkheid van private zorgaanbieders en voor die zorgverlening wordt betaald binnen privaatrechtelijke verhoudingen tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

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

De premie-uitgaven maken geen deel uit van het wetslichaam en de begrotingsstaat. Deze uitgaven zijn als beleidsinformatie opgenomen in de toelichting bij de begrotingsartikelen. In de toelichting wordt bij de beschrijving van het instrumentarium een onderscheid gemaakt tussen begrotingsgerelateerde en premiegerelateerde instrumenten. Vanaf artikel 32 zijn alle instrumenten begrotingsgerelateerd en wordt het genoemde onderscheid niet aangebracht. Verder zijn de begrotings- en premie-uitgaven in aparte budgettaire tabellen opgenomen in de toelichting.

De tabellen met premie-uitgaven geven een beeld van de verwachte uitgavenontwikkeling op het betreffende beleidsartikel, behoudens de uitgavenontwikkeling waarvoor de bedragen nog niet verdeeld zijn en op het niet-beleidsartikel nominaal en onvoorzien gereserveerd zijn. Dit laatste betreft voor de jaren vanaf 2004 voornamelijk de loon- en prijsontwikkeling, maar voor het jaar 2008 bovendien de verwachte volumeontwikkeling bij ongewijzigd beleid (2,5%).

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

### **1.3 VBTB en de integratie van begroting en Zorgnota**

Tegelijkertijd met het proces van de integratie van de begroting en Zorgnota is ingezet op een verdere verbetering van het VBTB-gehalte van de begroting. Daarbij is prioriteit gegeven aan de herformulering van doelstellingen en het aanscherpen van de verantwoordelijkheden. Verder is ingezet op meer en betere prestatiegegevens en streefwaarden en voor zover mogelijk een concretere VBTB-paragraaf. Daarmee komen we gedeeltelijk tegemoet aan de opmerkingen van de Algemene Rekenkamer op de begroting 2003.

De begroting 2004 is het eerste geïntegreerde document. In een volgende begroting kan het integrale karakter nog worden versterkt door de relatie tussen doelen, instrumenten en middelen verder te verbeteren.

## **2. Indeling begroting**

De begroting 2004 bestaat uit de volgende onderdelen:

- Beleidsagenda.

- Beleidsartikelen (en niet-beleidsartikelen).
- Agentschappen.
- Bedrijfsvoeringsparagraaf.
- Diverse bijlagen.

## **2.1 Beleidsagenda**

De beleidsagenda is een korte weergave van de beleidsprioriteiten waar het nieuwe kabinet vanaf 2004 mee aan de slag gaat. Deze worden verder uitgewerkt in de beleidsartikelen.

Het beleidsprogramma 2004–2007 is niet opgenomen in de begroting maar wordt in een aparte publicatie uitgegeven. In dit programma wordt het Hoofdlijnenakkoord voor de gehele kabinetsperiode uitgewerkt.

## **2.2 Beleidsartikelen (en niet-beleidsartikelen)**

### **Algemeen**

Met de integratie van de begroting en de Zorgnota is de indeling van de beleidsartikelen gewijzigd. De artikelen 21 tot en met 32 hebben betrekking op de zorg. De artikelen 21, 22, 23, 24, 26, 27 en 28 gaan over de zorgsectoren. In artikel 29 staat het arbeidsmarktbeleid centraal en in artikel 30 zijn onderwerpen opgenomen die de zorgsectoren overstijgen. Vanwege de gemoderniseerde AWBZ, waarvan het persoonsgebonden budget (PGB) de voorloper is, is voor de AWBZ een apart (groei)artikel opgenomen (artikel 25). Verder gaat artikel 31 in op de zorgverzekeringen AWBZ en ZFW en de uitvoering daarvan. Artikel 32 betreft de rijksbijdragen volksgezondheid.

In deze beleidsartikelen is sprake van integrale algemene en operationele beleidsdoelstellingen. Vanwege de integratie van de begroting en Zorgnota zijn voor de nieuwe beleidsartikelen nieuwe beleidsdoelstellingen geformuleerd. Ook voor de meeste al bestaande beleidsartikelen die te maken hebben met de zorg zijn de doelstellingen opnieuw geformuleerd.

De beleidsartikelen 33 tot en met 37 hebben betrekking op de overige beleidsterreinen van VWS (Jeugdbeleid, Sociaal beleid, Sportbeleid, Verzetsdeelnemers, vervolgenden en burgeroorlogsgetroffenen en Inspecties). De doelstellingen van deze artikelen zijn in sommige gevallen geherformuleerd. In beleidsartikel 38 «Tegemoetkoming buitengewone uitgaven» zijn de uitgaven opgenomen die voortvloeien uit de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven, die thans wordt voorbereid. De artikelen 98 (Algemeen) en 99 (Nominaal en onvoorzien) betreffen de niet-beleidsartikelen.

### **Opbouw beleidsartikelen**

De beleidsartikelen en het artikel Algemeen zijn als volgt opgebouwd:

- a. Algemene doelstelling.
- b. Operationele doelstelling.
- c. Budgettaire gevolgen van beleid.
- d. VBTB-paragraaf.

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

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

*a. Algemene doelstelling*

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

Bij de Algemene doelstelling zijn tabellen opgenomen met de maatregelen voor 2004 en latere jaren op het terrein van zowel de premie als de begroting. De inhoudelijke toelichting op de invulling van de subsidie-taakstelling is opgenomen in de brief over het nieuwe subsidiebeleid, die tegelijkertijd met deze begroting naar het parlement is verzonden.

*b. Operationele doelstelling*

Bij de operationele doelstelling staat een beschrijving van de beleids-effecten als uitwerking van een bepaald aspect van de algemene doelstelling. Vervolgens volgt een passage waarin de aard van de verantwoordelijkheid van de bewindslieden en zondig van andere actoren en de instrumenten die bijdragen aan het realiseren van die doelstelling beschreven wordt. De veronderstellingen in effectbereiking, doelmatigheid en raming zijn waar mogelijk opgenomen. De operationele doelstellingen en instrumenten zijn waar mogelijk voorzien van prestatie-gegevens.

De prestatiegegevens kunnen gerelateerd zijn aan operationele doelstellingen/beleidseffecten en aan beleidsinstrumenten. Als prestatie-gegevens zijn gerelateerd aan de inzet van instrumenten, is dat vaak verwoord in producten en activiteiten. Prestatiegegevens die samenhangen met de operationele doelstellingen/beleidseffecten geven een indicatie van de mate waarin de operationele doelstelling wordt bereikt. Of operationele doelstellingen in termen van prestatiegegevens geconcretiseerd kunnen worden, hangt ook af van de aard van de operationele doelstelling. Voor een deel van de operationele doelstellingen en instrumenten kunnen alléén uitspraken worden gedaan over de mate waarin de beoogde doelstellingen zijn bereikt, respectievelijk de maatschappelijke ontwikkelingen nopen tot (gewijzigde) voortzetting van het beleid. Deze uitspraken kunnen worden gedaan door evaluatieonderzoek in te zetten. In de VBTB-paragraaf van het betrokken beleidsartikel is aangegeven wanneer evaluatieonderzoeken zijn voorzien.

*c. Budgettaire gevolgen van beleid en begrotingsflexibiliteit*

Elk beleidsartikel bevat een tabel met de budgettaire gevolgen van het beleid. Voor de meeste zorgartikelen (21 t/m 27 en 31) zijn twee budgettaire tabellen opgenomen: één voor de begrotingsuitgaven en één voor de premie-uitgaven.

In de *budgettaire tabel voor de begrotingsuitgaven* zijn de programma-uitgaven toegerekend aan de operationele doelstellingen. Binnen de operationele doelstelling zijn bij de programma-uitgaven, voor zover van belang, de garanties en het beslag van de rijksbijdragen aan zelfstandige bestuursorganisaties (ZBO's), agentschappen, rechtspersonen met een wettelijke taak (RWT's) en mede-overheden afzonderlijk aangegeven. De programma-uitgaven bestaan nagenoeg volledig uit subsidies, met uitzondering van de hiervoor genoemde financiële instrumenten. Een relatief klein deel van de programma-uitgaven wordt verricht in de vorm van opdrachten (op basis van een overeenkomst). Als in de toelichting op de instrumenten het begrip subsidie wordt gehanteerd, worden daarmee ook deze opdrachten bedoeld. De wijze van presentatie wijkt daarmee enigszins af van de rijksbegrotingsvoorschriften. Over deze afwijkende presentatie is overeenstemming met de minister van Financiën.

De apparaatuitgaven in de budgettaire tabel voor de begrotingsuitgaven van het kerndepartement zijn aan de beleidsartikelen toegerekend op basis van de indeling van de beleidsartikelen, voor zover er een directe relatie bestaat tussen de algemene beleidsdoelstelling en de apparaatuitgaven. De inspecties staan in een apart beleidsartikel. Artikel 38 bevat de apparaatuitgaven van het kernministerie die geen directe relatie hebben met de doelstellingen uit de beleidsartikelen.

De budgetflexibiliteit is alleen van toepassing op de budgettaire tabel voor de begrotingsuitgaven (hierna *begrotingsflexibiliteit* te noemen). Deze is in een afzonderlijke tabel opgenomen. De gevolgde systematiek bij begrotingsflexibiliteit is dat het kasbeslag over de jaren 2004 tot en met 2008 van de verplichtingen in een percentage worden weergegeven. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar juridische verplichtingen, bestuurlijk gebonden reserveringen, beleidsmatige reserveringen en overig budget. In de toelichting bij de tabel wordt de aard van de belangrijkste geraamde uitgaven toegelicht. De basis van de weergegeven bedragen en percentages is de departementale administratie. Deze geven een raming weer van de situatie per 1 januari 2004.

In de *budgettaire tabel voor uitgaven uit premie-middelen* staan de ramingen voor de onderscheiden sectoren vermeld. Hiervoor is gekozen omdat het niet mogelijk is de premie-uitgaven toe te rekenen aan operationele doelstellingen.

#### *d. VBTB-paragraaf*

In de VBTB-paragraaf zijn verbeterpunten aangegeven die in de toekomst zullen leiden tot een beter inzicht in de te realiseren prestaties. Om dit te bereiken, kunnen meerdere mogelijkheden worden benut. Zo kunnen streefwaarden worden geformuleerd, kan een tijdshorizon worden bepaald of evaluatieonderzoek worden gedaan. Welke mogelijkheid wordt benut, hangt sterk af van het in te zetten beleidsinstrument. Ook gaat deze paragraaf in op de toezeggingen uit de groeiparagraaf in de begroting 2003 en wordt er een evaluatieprogrammering weergegeven.

### **2.3. Agentschappen**

VWS kent in 2004 vier agentschappen:

- Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (ACBG).
- Agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG).
- Agentschap Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Agentschap Nederlands Vaccin Instituut (NVI).

Het RIVM gaat per 1 januari 2004 als agentschap opereren. Het NVI is een zogenaamd tijdelijk agentschap. Omdat het beheer van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) is overgedragen aan het ministerie van LNV, maken het tijdelijk agentschap VWA en de agentschappen Keuringsdienst van Waren (KvW) en Rijksdienst voor de Keuring van Vee en Vlees (RVV) geen deel meer uit van de VWS-begroting.

De bijzondere positie van agentschappen komt in de begroting tot uitdrukking in een aparte agentschapparagraaf, waarin de activiteiten van de agentschappen en de financiële gevolgen daarvan in termen van baten en lasten integraal zijn beschreven. De beleidsmatige relevantie van een agentschap komt tot uitdrukking in de toelichting op de operationele doelstelling(en) waaraan de activiteiten van het agentschap een bijdrage leveren. Als daarbij sprake is van een financiële bijdrage vanuit het departement, wordt die ook daar begroot.

Ter illustratie: het RIVM kende tot dit moment een apart artikel op de



VWS-begroting. Met de agentschapsvorming zijn de middelen overgeheveld naar de «opdrachtgevers», zowel binnen VWS als daarbuiten (VROM, LNV). In de artikelen Preventie en Gezondheidsbescherming (artikel 21) en Inspecties (artikel 37) wordt de opdrachtgeverrelatie vanuit VWS toegelicht. Een beperkt deel van het budget berust bij de secretaris-generaal als «eigenaar»; dat budget wordt geraamd op artikel Algemeen (artikel 38).

Nog een voorbeeld: het beheer van de Keuringsdienst van Waren als onderdeel van de VWA is overgedragen aan LNV, maar het opdrachtgeverschap en (dus) het budget blijven bij VWS berusten. De VWS-bijdrage aan de KvW wordt geraamd op artikel 21 van onze begroting; de agentschapsparagraaf VWA/KvW in de begroting van LNV laat deze bijdrage als «opbrengst andere departementen» zien.

## **2.4 Bedrijfsvoeringparagraaf**

De bedrijfsvoeringparagraaf in de begroting 2004 is een uitzonderingsrapportage. Hierin zijn alleen die bedrijfsvoeringonderwerpen opgenomen die in 2004 specifiek aan de orde zijn. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de onderwerpen die vallen onder de sturing en de beheersing van de bedrijfsprocessen, zoals de planningscyclus en de organisatie en ontwikkeling op het terrein van VBTB. De bedrijfsvoeringparagraaf sluit op deze wijze aan bij de mededeling over de bedrijfsvoering.

## **2.5. Bijlagen**

Deze begroting heeft diverse bijlagen.

- De *bijlage Financieel Beeld Zorg* geeft een totaalbeeld van de uitgaven en de financiering van de zorg in Nederland, waarbij ook de verdeling van de middelen uit het Hoofdlijnenakkoord aan de orde komt. Verder is in deze bijlage een internationale vergelijking van de zorg in beeld gebracht.
- De *verdiepingsbijlage* geeft per artikel de standen (begroting en/of premie) en de belangrijkste mutaties (begroting en/of premie). Tevens is voor de begrotingsuitgaven en -ontvangsten een «was-woord-tabel» opgenomen. Tot slot is een overzicht gegeven van de bijdragen van VWS aan begrotingen van andere departementen, de zogenaamde overzichtconstructies.
- De *bijlagen Moties en Toezeggingen* geven een overzicht van toezeggingen die (vorige) bewindspersonen hebben gedaan en de stand van zaken van moties die de Tweede Kamer heeft aanvaard.
- De *bijlage ZBO's en RWT's* geeft een overzicht van de zelfstandige bestuursorganisaties (ZBO's) en rechtspersonen met een wettelijke taak (RWT's) die een bijdrage ontvangen uit begrotings- of premiemiddelen.
- Afkortingenlijst.
- Trefwoordenregister.

## **3. Landelijk beleidskader Welzijn**

Tot en met 2002 was de Welzijnsnota «Sociale kwaliteit» het kader voor het landelijke welzijnsbeleid. De nota is afgerond. Als gevolg daarvan zijn de programmaliijnen losgelaten. Na het uitbrengen van de begroting zal als vervolg op de Welzijnsnota het landelijk Beleidskader Welzijn (2004–2008) worden opgesteld. Wijzigingen naar aanleiding van het beleidskader zullen in de begroting 2005 worden opgenomen. Voor 2004

gaan we voor wat betreft het beleidsbudget voor het Landelijk Beleidskader uit van de budgetten die voor de programmalijnen van de Welzijnsnota 1999–2002 beschikbaar waren.

In deze VWS-begroting leveren verschillende beleidsartikelen (artikelen 24, 26, 27, 33, 34 en 35) een bijdrage aan het realiseren van de doelstellingen van het toekomstige Beleidskader Welzijn. Het beleidsartikel Sociaal Beleid bevat een overzicht van de budgettaire beleidsbijdragen van de verschillende beleidsartikelen aan het landelijk Beleidskader 2004–2008. Over de daadwerkelijke verdeling van de middelen zal later dit jaar nog besluitvorming plaatsvinden.

## BELEIDSAGENDA

### Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg

#### 1 Introductie

De beleidsagenda en de begroting van VWS presenteren op diverse terreinen een aantal belangrijke keuzes voor de komende jaren. Dat geldt voor zaken als het aanpassen van het zorgstelsel, het verleggen van verantwoordelijkheden, minder regels, een andere leefstijl en gericht omgaan met subsidies.

In onze keuzes staan de termen «houdbaarheid» en «presteren» centraal. We gaan werken aan een zorgstelsel dat klaar is voor de toekomst en betaalbaar blijft. Beter presteren betekent dat instellingen met publieke middelen meer prestaties moeten leveren. Er komt meer nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid: van burgers, van instellingen in de zorg, van verzekeraars. De overheid stelt daarbij eisen en randvoorwaarden. Het is zaak dat alle betrokkenen op de VWS-terreinen met ons de noodzakelijke keuzes maken voor houdbaarheid en betere prestaties.

#### 2 Zorg: Toegankelijk, solidair, betaalbaar, doelmatig

De zorg in Nederland moet toegankelijk, solidair, betaalbaar en doelmatig zijn. Dit blijven de belangrijkste uitgangspunten van ons zorgstelsel. De Nederlandse burger heeft recht op een adequaat en kwalitatief goed zorgaanbod, waarbij verschillen in leeftijd, gezondheidsrisico's en inkomen niet mogen leiden tot onaanvaardbare verschillen in de toegang tot de zorg. Tegelijkertijd mogen de kosten van de gezondheidszorg niet te zwaar drukken op de economie en de koopkracht van de burger.

Toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en doelmatigheid staan in veel opzichten op gespannen voet met elkaar. Lage eigen betalingen zijn goed voor de toegankelijkheid, maar leiden al snel tot hoge medische consumptie. Inkomensafhankelijke premies zijn goed voor de solidariteit, maar zijn slecht voor het kostenbesef. In de meeste zorgstelsels wordt daarom continu gesleuteld aan kostenbeheersing. Dit kan vervolgens weer leiden tot extra bureaucratie en onaanvaardbare wachttijden voor noodzakelijke zorg, zoals wij ook in ons land hebben ervaren.

Bijna alle lidstaten van de Europese Unie hebben moeite om toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en doelmatigheid met elkaar te combineren. De meeste Europese landen hebben ernstiger problemen met wachtlijsten dan wij in Nederland. De weinige landen die geen wachtlijsten van betekenis hebben, lopen op tegen grote problemen om de zorg betaalbaar te houden. Bovendien heeft de hele Europese Unie te maken met een dubbele vergrijzingsgolf (meer ouderen en langer levende ouderen) die een enorme sociaal-economische invloed op onze samenlevingen heeft. Tenslotte stijgen de zorguitgaven sterk door de snelle ontwikkeling van de medische technologie en door het verschijnsel dat naarmate een samenleving rijker wordt, de zorgconsumptie nog sneller toeneemt.

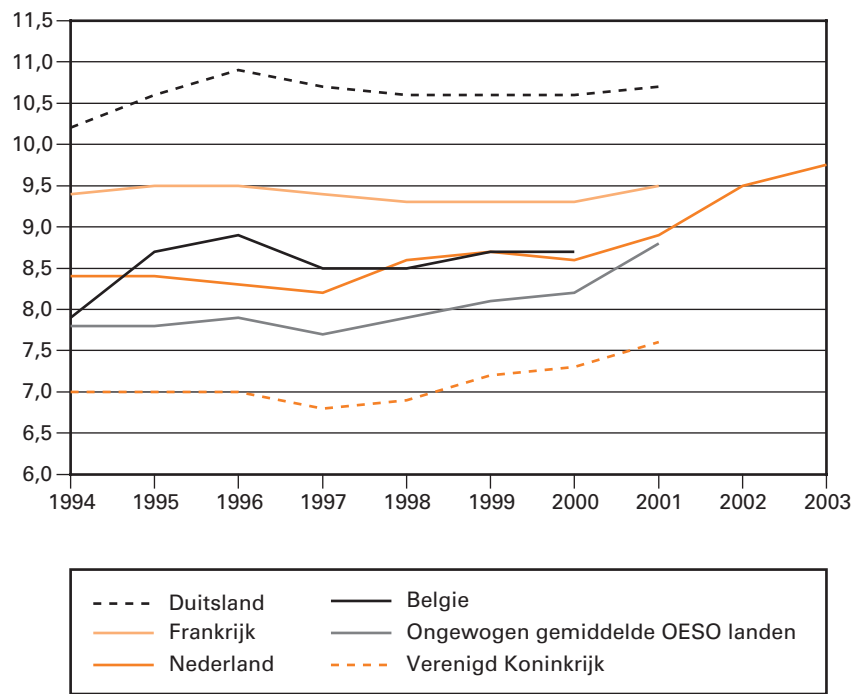
### Houdbaarheid van het stelsel veiligstellen

De zorguitgaven stijgen de laatste jaren fors. In 2001 en 2002 groeide het zorgvolume in totaal met ruim 14 procent. De reële economische groei bedroeg in die periode in totaal zo'n 1,5 procent. De zorguitgaven stegen in die jaren dus bijna tien keer zo snel als de grondslag waaruit ze gefinancierd moeten worden.

Ook de burger heeft de gevolgen van de groei van de zorguitgaven in zijn portemonnee gemerkt. De modale werknemer heeft zijn wettelijke zorgpremies sinds 1997 ruim € 200 per maand zien stijgen tot € 467 per maand in 2003; dit is een stijging van bijna 80 procent in een periode waarin het inkomen van diezelfde werknemer met 25 procent toenam. Dit groeitempo moet afgeremd worden.

Door de kostenstijging beslaan de zorguitgaven een steeds groter deel van het Bruto Binnenlands Product (BBP). De zogenoemde zorgquote (aandeel van de zorguitgaven in het BBP) loopt snel op: van zo'n 8,5 procent in 2000 naar (geraamd) 9,75 procent in 2003. Gemiddeld gaven de westerse (OESO-)landen in 2001 8,5 procent van het BBP uit aan zorg.

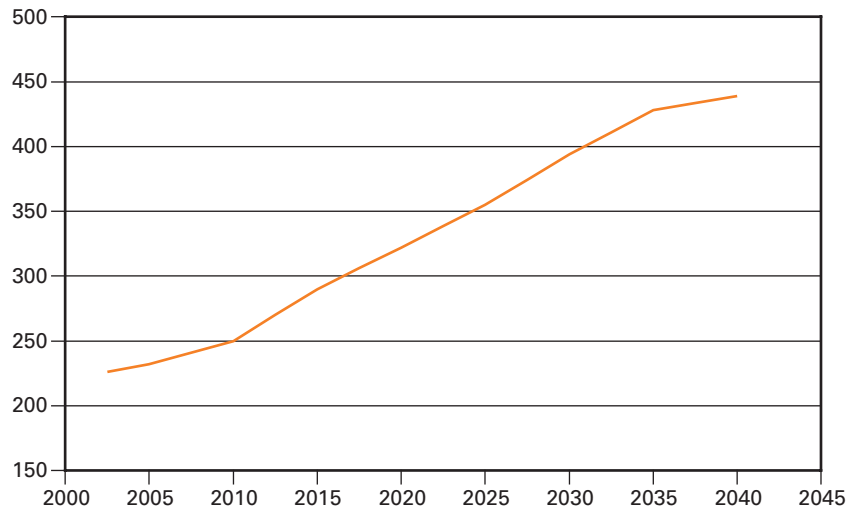
**Figuur 1: Internationale vergelijking aandeel zorg in Bruto Binnenlands Product**



Bron: VWS, 2003.

Daarnaast zijn er nog twee redenen voor waakzaamheid. Ten eerste heeft Nederland nu nog een relatief jonge bevolking en moeten voor ons de echte kosten van de vergrijzing nog komen; landen als Duitsland en Frankrijk worden er daarentegen nu al mee geconfronteerd. Maar al in het jaar 2010 telt ons land 1,1 miljoen 75-plussers. Het aantal 65-plussers stijgt ten opzichte van het aantal werkenden (20-65 jaar) flink.

**Figuur 2: Vergrijzing; aantal 65-plussers per 1000 20-65-jarigen**



Bron: VWS, 2003.

Ten tweede wijst een OESO-studie erop dat onze care-voorzieningen (voor verplegen en verzorgen van met name ouderen en gehandicapten) tot de ruimste in Europa behoren, ook als is het moeilijk om een precieze vergelijking te maken. Met de komende vergrijzing tikt dit extra hard aan en stelt het ons financieel voor een grotere opgave dan onze Europese partners, terwijl we nu reeds tot de duurste landen behoren. Kortom, het Nederlandse zorgstelsel is op dit moment niet toekomstbestendig. Het is dus zaak evenwicht te zoeken tussen de omvang en de noodzaak van de voorzieningen, de kwaliteit daarvan en de betaalbaarheid.

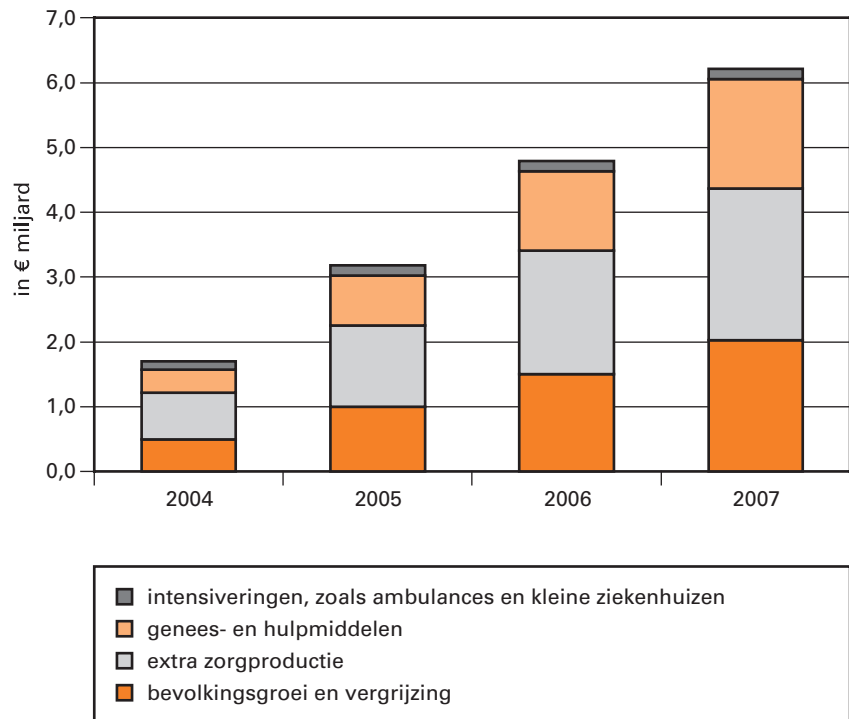
### **Structurele hervorming noodzakelijk**

Zowel de uitdaging die de vergrijzing ons op langere termijn stelt, als de huidige financieel-economische situatie van Nederland dwingen ons tot heldere keuzes. Het Hoofdlijnenakkoord van het nieuwe kabinet bevat stringente budgettaire afspraken voor de komende kabinetsperiode. Daarnaast moeten de kosten van extra wachtlijstproductie worden opgevangen en kiezen wij er ook voor ruimte te creëren voor intensive-ringen. Tot slot moeten nog enkele bezuinigingen die door vorige kabinetten zijn ingeboekt, maar nooit zijn ingevuld, nu daadwerkelijk gerealiseerd worden. In totaal moet er in 2004 ongeveer € 2,3 miljard worden bezuinigd op de uitgaven die uit zorgpremies worden betaald.

Wij kiezen ervoor deze bezuinigingen in te bedden in een structurele hervorming van het Nederlandse zorgstelsel. Deze hervorming heeft tot doel ons stelsel op lange termijn veilig te stellen door toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid beter met elkaar in balans te brengen en het systeem doelmatig te maken. De kern van de zaak is dat er meer eigen verantwoordelijkheid moet komen bij zowel de zorgconsument als de zorgaanbieder. Wil de solidariteit in het stelsel blijven bestaan, dan moet de collectieve verantwoordelijkheid minder worden belast. Om dit nieuwe evenwicht te bereiken, krijgen burgers te maken met hogere eigen betalingen bij het gebruik van de zorg. Dit betekent dat de financiële verantwoordelijkheid van burgers toeneemt. De verzekeraars en de zorgaanbieders moeten in het stelsel meer met elkaar concurreren om doelmatiger te werken, meer oog hebben voor de klant en minder

afhankelijk worden van «Den Haag». Gesubsidieerde instellingen moeten leren meer op eigen benen te staan. In het nieuwe evenwicht wordt de solidariteit bewaakt door publieke garanties in het zorgstelsel en het inkomensbeleid.

**Figuur 3: Extra zorguitgaven<sup>1</sup>**



Bron: VWS, 2003.

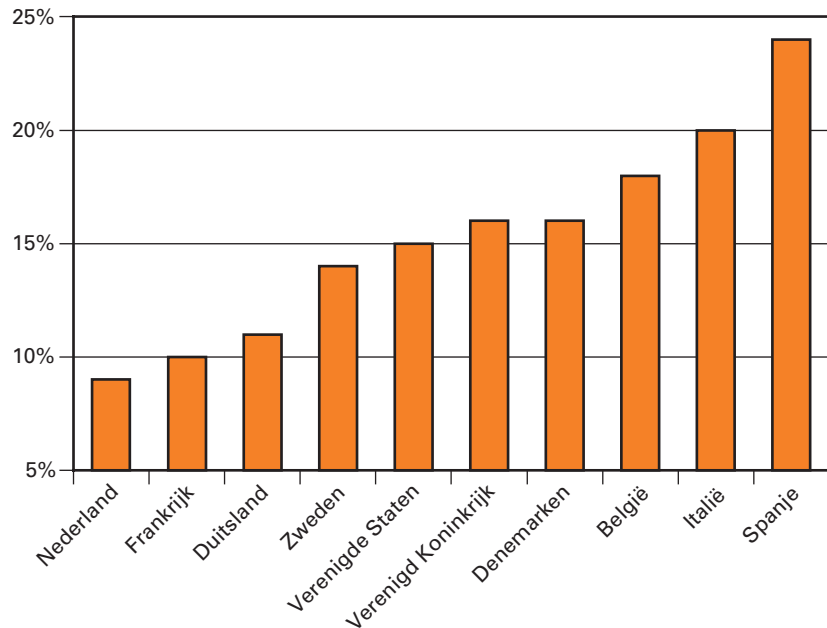
Deze begroting bevat stevige maatregelen, maar er is ook extra ruimte. Ten eerste stijgen de zorguitgaven de komende vier jaar nog altijd met ruim € 6 miljard, onder andere om de vergrijzingskosten op te vangen. Ten tweede hebben wij geld vrijgemaakt voor extra zorgproductie om de wachtlijsten terug te dringen. In 2004 gaat het alleen al om € 500 miljoen. En ten derde is er extra geld om meer te doen aan een aantal belangrijke zaken zoals het verbeteren van bereikbaarheid van de zorg, jeugd, maatschappelijke opvang, kwaliteit en opleidingen, ICT-investeringen en het voorkomen van ziekten.

### 3 Meer eigen verantwoordelijkheid burgers

Het Nederlandse systeem van gezondheidszorg wijkt op een aantal punten af van veel andere landen: Nederland kent in vergelijking met andere landen geringe verplichte eigen bijdragen; niettemin krijgt de verzekerde een relatief breed pakket van zorgvoorzieningen. Dat is een extra reden om bij de keuze van de maatregelen sterk te appelleren aan de eigen verantwoordelijkheid van de burger om zo een nieuw evenwicht te bereiken.

<sup>1</sup> Dit zijn de verwachte extra (volume)uitgaven voor de zorg. Hierbij is geen rekening gehouden met loon- en prijsbijstelling, noch met het effect van de voorgenomen bezuinigingen uit figuur 5. Deze effecten zijn wel verwerkt in tabel 3.

**Figuur 4: Eigen betalingen als aandeel in zorgkosten**



Bron: VWS, 2003.

De periode tot 2007, waarvan de begroting voor 2004 de eerste stap is, wordt zeker niet gemakkelijk. Maar niets doen is geen alternatief. De burger mag wél verwachten dat de lasten evenwichtig worden verdeeld en dat er daarnaast zichtbare verbeteringen optreden: meer zorg, minder regels, en zichtbaar werken aan meer kwaliteit. Die balans, tussen stevige maatregelen en verbeteringen, is de uitdaging waarvoor wij de komende jaren staan. Wij gaan een ingrijpend veranderingsproces in en dat vraagt om duidelijk beleid vanuit VWS. Wij nemen die taak op ons, in de wetenschap dat wij de uitdagingen alleen aan kunnen in goede samenwerking met het «veld»: verzekeraars, instellingen en hun medewerkers, cliënten en hun organisaties en tezamen met andere overheden. Het kabinet kiest ervoor de burger meer eigen verantwoordelijkheid te geven voor de zorguitgaven door het wettelijk verzekerde pakket te versmallen en eigen bijdragen te verhogen. Dit zal leiden tot meer kostenbewustzijn, afremmen van de zorgconsumptie.

De maatregelen hebben voor een belangrijk deel betrekking op het pakket van de zorgverzekering. Maar ook in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden maatregelen genomen. De randvoorwaarden bij het kiezen van de maatregelen zijn:

- Zo min mogelijk beperken van echt noodzakelijke medische zorg.
- Acceptabele effecten voor chronisch zieken.
- Acceptabele gevolgen voor het besteedbaar inkomen.
- Eenvoudig en uitvoerbaar.

De eerste randvoorwaarde houdt in dat wie ziek is of zorg nodig heeft, geholpen moet kunnen worden. We kiezen vooral voor maatregelen die niet direct met ziekten/aandoeningen te maken hebben die het maatschappelijk functioneren belemmeren, dan wel voor maatregelen die verzekerden zelf kunnen opvangen. Daarnaast speelt bij onze afwegingen een rol of de zorg naar verwachting te herverzekeren is en of de maatregel voor

bepaalde groepen door flankerend beleid kan worden verzacht. De combinatie van deze uitgangspunten en randvoorwaarden leidt tot onderstaande maatregelen. Wij vinden die in het licht van de huidige, moeilijke economische omstandigheden en de noodzaak om ook voor de toekomst structureel naar het zorgstelsel te kijken, goed te verdedigen.

### **Pakketmaatregelen en eigen betalingen Ziekenfondswet**

Per 1 januari 2004 gaat het voor de Ziekenfondswet om de volgende maatregelen. Om de gevolgen voor de burger op korte termijn zoveel mogelijk te beperken, gelden bij verschillende maatregelen overgangsregimes:

- Niet meer vergoeden van fysio- en oefentherapie vanaf 18 jaar, met uitzondering van chronisch zieken (zij krijgen vanaf tien behandelingen vergoed). Opbrengst: in 2004 € 375 miljoen (vanwege overgangsregime) en vanaf 2005 jaarlijks € 425 miljoen.
- Beperken van de vergoeding psychotherapie tot dertig behandelingen. Opbrengst: in 2004 € 74 miljoen (vanwege overgangsregime) en vanaf 2005 jaarlijks € 79 miljoen.
- Niet meer vergoeden van de eerste IVF-behandeling en bijbehorende medicatie. Opbrengst: vanaf 2004 jaarlijks € 30 miljoen.
- Niet meer vergoeden van de tandarts voor volwassenen (vanaf 18 jaar). Opbrengst: vanaf 2004 jaarlijks € 200 miljoen.
- Niet meer vergoeden van zelfzorggeneesmiddelen tenzij ze langer dan een jaar gebruikt worden. Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn. Dit levert vanaf 2004 jaarlijks € 60 miljoen op.
- Niet meer vergoeden van anticonceptie vanaf 21 jaar. Opbrengst: vanaf 2004 structureel € 70 miljoen.
- Niet meer vergoeden van het «zittend» ziekenvervoer. Dit zijn kosten voor openbaar vervoer, taxi of eigen auto in verband met geneeskundige behandeling. Opbrengst: vanaf 2004 jaarlijks € 135 miljoen.
- Invoeren van de eigen bijdrage geneesmiddelen. Elke verzekerde betaalt vanaf 1 januari 2004 voor ieder afgeleverd geneesmiddel op recept € 1,50 bij de apotheker. De verwachte jaarlijkse opbrengst hiervan is € 210 miljoen vanaf 2004.
- In 2005 wordt een eigen risico van € 200 ingevoerd in de Ziekenfondswet.

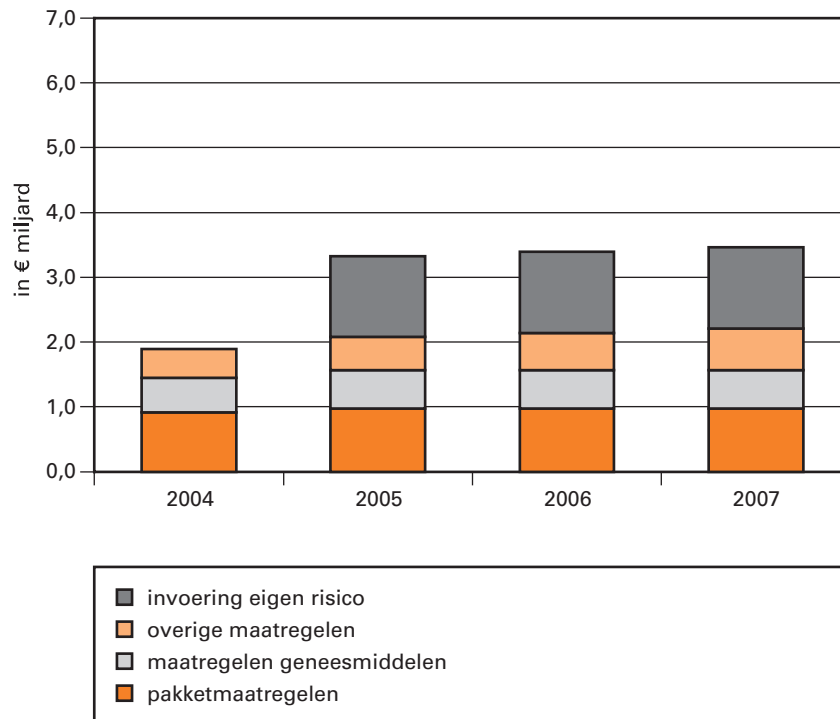
### **Maatregelen AWBZ**

Per 1 januari 2004 gaat het voor de AWBZ om de volgende maatregelen:

- Verpleeghuizen en thuiszorginstellingen krijgen niet langer apart geld voor zorgvernieuwing.  
Dit levert vanaf 2004 jaarlijks € 170 miljoen op, waarvan € 100 miljoen gereserveerd wordt voor productie.
- Naast de middelen voor zorgvernieuwing (de lokale component) zullen thuiszorginstellingen ook de resterende, niet aan productie gerelateerde middelen, niet langer ontvangen. Dit levert naar verwachting jaarlijks € 100 miljoen op.
- Verhogen van de eigen bijdragen intra- en extramurale AWBZ-zorg. Dit levert naar verwachting jaarlijks € 180 miljoen op.



**Figuur 5: Opbrengst maatregelen (2004–2007)**



Bron: VWS, 2003.

### **Tegemoetkomen kwetsbare groepen**

Voor het niet langer vergoeden van het «zittend ziekenvervoer» wordt een aparte maatregel getroffen om de effecten te verzachten. Hiervoor is in 2004 € 60 miljoen beschikbaar en vanaf 2005 € 70 miljoen structureel. De solidariteit in de zorg vereist dat groepen kwetsbare mensen, bijvoorbeeld chronisch zieken en mensen met een laag inkomen, speciale aandacht krijgen. Hiervoor bestaat al de fiscale regeling voor buitengewone uitgaven, zoals ziekte, invaliditeit en bevalling. Het effect van de extra benutting van deze regeling is geraamd op € 80 miljoen in 2004 oplopend tot € 130 miljoen in 2007.

Mensen met geen of weinig inkomen profiteren echter nauwelijks van de fiscale regeling. Daarom komt er vanaf 2004 een aparte tegemoetkomingsregeling. Hiermee kunnen bepaalde mensen een deel van de extra kosten terugkrijgen die zij voor zorg moeten maken. VWS trekt voor de regeling in 2004 € 89 miljoen uit; dat bedrag loopt op tot € 104 miljoen in 2007. De belastingdienst voert de nieuwe regeling uit. De tegemoetkomingsregeling vult de bestaande fiscale regeling voor buitengewone uitgaven aan. Voor bijvoorbeeld gehuwde 65-plussers met alleen AOW die nu niet voor de buitengewone aftrek in aanmerking komen, zal dit een belangrijke tegemoetkoming zijn.

De nieuwe regeling, en in laatste instantie de mogelijkheid om een beroep te doen op de bijzondere bijstand, beperken de gevolgen van de maatregelen in de zorg voor de meest kwetsbare groepen zoveel mogelijk. Ook

bij de maatregelen zelf wordt al zoveel mogelijk rekening gehouden met de gevolgen voor chronisch zieken, gehandicapten en andere kwetsbare groepen.

#### **4 Vernieuwen zorgstelsel: meer verantwoordelijkheid aanbieders en verzekeraars**

##### **Beter presteren instellingen en meer transparantie**

Het kabinet doet niet alleen een beroep op een grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers, maar ook op die van verzekeraars en zorginstellingen. Wij verwachten van deze partijen dat ze veel meer werk maken van doelmatigheid, kwaliteit en innovatie. Zorginstellingen en verzekeraars moeten beter gaan presteren. Meer marktwerking is onontkoombaar om te komen tot betere prestaties en grotere productiviteit in de zorg. Ook moeten instellingen meer vernieuwen en daarbij gebruikmaken van onder meer ICT. Om te kunnen zien of burgers en overheid waar voor hun geld krijgen, moeten de prestaties van de zorginstellingen beter gemeten en gecontroleerd worden. Initiatieven op het terrein van prestatievergelijking en -verantwoording (benchmark) gaan door. Deze acties leveren een belangrijke bijdrage aan de doelmatigheid in de zorg en moeten ook bijdragen aan het stimuleren van de kwaliteit van de dienstverlening; ze vergroten de transparantie van de sector.

In 2006 wordt de nieuwe basisverzekering ingevoerd, als onderdeel van het vernieuwen van het zorgstelsel. Op korte termijn worden ook maatregelen in de sturing van het stelsel genomen om te zorgen dat het huidige systeem beter werkt. Zo start de ziekenhuissector in 2004 met het gefaseerd invoeren van de DBC-systematiek die is gericht op het vernieuwen van het prijs- en bekostigingstelsel. Een DBC (diagnose-behandelcombinatie) is het geheel van activiteiten van ziekenhuizen en specialisten dat voortvloeit uit de zorgvraag van de patiënt. De DBC kent een (integrale) prijs. Dit vergroot de transparantie en stelt onder meer verzekeraars in staat prijzen onderling te vergelijken en doelmatig zorg in te kopen. De eerstelijnszorg en de curatieve GGZ gaan ook die kant op: ze starten in 2004 met het ontwikkelen van een bekostigingssysteem dat meer is gebaseerd op loon naar werken.

De informatievoorziening en de kwaliteit en innovatie in de zorg moeten verder verbeterd worden. Hiervoor worden tal van acties ondernomen, zoals het ontwikkelen van prestatie-indicatoren, benchmark (prestatievergelijking) bij ziekenhuizen en huisartsen, het invoeren van een landelijke registratie voor de gehele AWBZ en het ontwikkelen van een landelijk elektronisch medicatiedossier. In 2004 gaat een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer om een zorgidentificatienummer in te voeren.

##### **Zorgstelsel en nieuwe basisverzekering**

Deze kabinetsperiode staat in het teken van de overgang naar een nieuw zorgstelsel en het invoeren van een basisverzekering. De huidige centrale sturing van het aanbod aan zorg wordt, waar mogelijk, zo snel als verantwoord is vervangen door een systeem van gereguleerde marktwerking.

De kern van het nieuwe stelsel is dat verzekeraars onderling gaan concurreren en dat zij onderhandelen met aanbieders van zorg over de prijs en de kwaliteit. De voordelen daarvan moeten ten goede komen aan de verzekerde. Die kan daardoor bewuster kiezen tussen verzekeraars en

heeft meer keus uit verschillende mogelijkheden van zorg. De verzekerde draagt tegelijkertijd via eigen betalingen meer verantwoordelijkheid voor de kosten van de zorg. Verzekeraars moeten zoveel mogelijk naar de behoefte van hun verzekerden zorg inkopen. De sterkere rol van de verzekeraar en de verzekerden is, in combinatie met minder regels en het verlichten van de administratieve lasten, ook een stimulans voor meer ondernemerschap in de zorg. Ook de zorgaanbieders moeten dus meer met elkaar concurreren. Het tot stand brengen van marktwerking in de zorg is een kwestie van lange adem. Juist daarom moeten we nu voortmaken. Het kabinet ziet het als een opdracht, voor zichzelf en de politiek in brede zin, om na bijna twintig jaar discussie het nieuwe zorgstelsel daadwerkelijk tot stand te brengen.

De concrete maatregelen voor het nieuwe zorgstelsel zijn:

- Het invoeren op 1 januari 2006 van één verplichte standaardverzekering voor curatieve zorg. Het onderscheid tussen Ziekenfondswet en particuliere ziektekostenverzekering vervalt. De standaardverzekering wordt uitgevoerd door private uitvoerders die winst mogen beogen binnen de publieke randvoorwaarden die de overheid stelt. Het wetsontwerp van de Zorgverzekeringswet gaat in 2004 naar de Tweede Kamer.
- Alle op genezing gerichte zorg die nu nog in de AWBZ zit, gaat dan over naar de nieuwe zorgverzekering. Dat geldt bijvoorbeeld voor delen van de geestelijke gezondheidszorg.
- Op 1 januari 2006 wordt een zorgtoeslag ingevoerd. Deze moet de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar houden.
- Het toezicht op goed uitvoeren van de verzekering en de kwaliteit van de zorg wordt vernieuwd. Daarbij wordt de functie bekeken van de organen die nu betrokken zijn bij het sturen en het uitvoeren van het stelsel, zoals het CVZ, CTZ, CBZ en IGZ.
- In 2004 start de opbouw van de Zorgautoriteit. Deze instelling moet onder meer het ontwikkelen van «markten» in de zorg stimuleren. Het CTG gaat na een wetswijziging op in de nieuwe Zorgautoriteit. Het is de bedoeling dat de Zorgautoriteit in 2008 vervolgens opgaat in de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), als Zorgkamer.

### **Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: modernisering en houdbaarheid**

Nederland behoort momenteel tot de minst vergrijsde landen in de Europese Unie, maar dat verandert snel en heeft ook gevolgen voor de AWBZ. Zo zijn de uitgaven van de AWBZ de afgelopen jaren explosief gegroeid: met 7,7 procent per jaar sinds 2000. Daarnaast omvat de AWBZ deels ook zaken die niet noodzakelijkerwijs in een verzekering thuishoren; burgers en andere overheden hebben hier ook een eigen verantwoordelijkheid.

Om de AWBZ voor burgers die langdurig zorg nodig hebben toegankelijk te houden, en tegelijkertijd de betaalbaarheid overeind te houden, is voor de komende jaren een nieuwe visie nodig op de AWBZ en alles wat ermee samenhangt. We streven naar een betaalbare en toekomstgerichte AWBZ. Daarbij gelden de volgende uitgangspunten:

- De AWBZ is voor langdurige en chronische zorg.
- Heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de AWBZ en de «voorliggende» lokale voorzieningen.
- Meer (financiële) prikkels in het uitvoeren van het systeem van de AWBZ; meer concurrentie tussen aanbieders van zorg.

- Versterken van de verantwoordelijkheid van de zorgvrager en diens omgeving.
- Een bekostigingssystematiek die een koppeling tussen prijs en dienst duidelijk maakt.
- Doorgaan met het moderniseren van de AWBZ.

De visie op de toekomst van de AWBZ staat in een afzonderlijke brief die dit najaar naar de Tweede Kamer gezonden wordt.

Deze kabinetsperiode staat verder in het teken van het doorgaan met het moderniseren van de AWBZ. De afgelopen periode is al veel bereikt, met name wat betreft: eenduidige indicatiestelling (protocollen), stimuleren van de vraagsturing en het vernieuwen en flexibel maken van het aanbod aan zorg voor de burger. Belangrijk is stevige aandacht voor de noodzaak van goede informatievoorziening en het verantwoorden van de besteding van middelen, alsmede voor prestaties in de sector.

### **Meer concurrentie bij prijsvorming geneesmiddelen**

Geneesmiddelen moeten ook op termijn betaalbaar en beschikbaar zijn. We streven ernaar uiterlijk in 2005 een nieuw prijs- en vergoedings-systeem voor geneesmiddelen in te voeren. Uitgangspunten voor dit nieuwe beleid zijn:

- Toegankelijkheid: De premiebetaler betaalt niet meer dan de noodzakelijke kosten.
- Doelmatigheid: Meer financiële prikkels op de juiste plaats.
- Kwaliteit en veiligheid: Deskundigheid van de apotheker goed benutten.

De toegankelijkheid wordt gewaarborgd door te zorgen voor lagere prijzen bij generieke geneesmiddelen. Dat zijn geneesmiddelen die gemaakt zijn naar het voorbeeld van een merkgeneesmiddel waarvan het octrooi is verlopen. Voor middelen met een vergelijkbare therapeutische werking kan daarnaast een lagere vergoeding worden vastgesteld. In elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen wordt altijd tenminste één geneesmiddel volledig vergoed, met inachtneming van de eigen bijdrage; de andere (duurdere) geneesmiddelen zijn dan slechts tegen meerkosten beschikbaar.

Deze nieuwe benadering moet fabrikanten stimuleren om te concurreren en de prijzen van hun geneesmiddelen te verlagen. Zorgverzekeraars krijgen meer te zeggen over de inkoop en kunnen in de contracten met apothekhoudenden afspraken maken over prijs en prestatie (kwaliteit) van de dienstverlening van de apotheken.

## **5 Minder regels en administratieve lasten**

### **Minder regels**

Het verminderen van regels en het terugdringen van de administratieve lasten is een speerpunt van het kabinetsbeleid. Door minder regels krijgen instellingen meer vrijheid om beter te presteren en meer verantwoordelijkheid te nemen, kortom: ondernemerschap tonen. VWS is daar al een aantal jaren mee bezig. De commissie «terugdringing administratieve lasten zorgsector» («commissie De Beer») heeft in vervolg daarop een aantal concrete voorstellen gedaan voor de zorg. Eind 2002 is naar aanleiding daarvan het plan «Minder regels, meer zorg» vastgesteld. Dat wordt de komende jaren uitgevoerd. Daarvoor trekken wij € 42 miljoen uit.

Het kabinet heeft in aanvulling hierop voor de zorg en andere vormen van dienstverlening een concrete doelstelling bepaald: de administratieve lasten moeten in deze kabinetsperiode met een kwart dalen. Dit betekent onder meer dat circa dertig wetten op VWS-terrein versneld worden doorgelicht op de mogelijkheid de administratieve lasten te verminderen. Eind 2003 moet hiervan een goed beeld bestaan. Wetten waar het meeste resultaat geboekt kan worden, worden vervolgens als eerste aangepakt. Daarnaast worden nieuwe regels zeer kritisch beoordeeld op administratieve lasten die er door ontstaan. Maar instellingen moeten zelf ook alert zijn op het bestrijden van bureaucratie die niet in de eerste plaats door regels van het Rijk is veroorzaakt.

### Fraudebestrijding

Misbruik van regels moet worden tegengegaan. Dat doen we langs drie lijnen: meer controle, beter laten verantwoorden en vooraf toetsen van maatregelen om de kans op misbruik tegen te gaan. Er komen betere controles en sancties bij declaratiemisbruik van zorgverleners. Het wetsvoorstel om de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) te wijzigen, dat hiervoor bij de Tweede Kamer is ingediend, moet op 1 januari 2004 ingaan.

Naar verwachting nog dit najaar wordt een wetsvoorstel bij de Kamer ingediend met maatregelen om fraude van verzekerden met declaraties tegen te gaan. Het wetsvoorstel moet op 1 april 2004 ingaan en omvat onder meer het invoeren van een identificatieverplichting in de Ziekenfondswet en het invoeren van het sofi-nummer in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ).

### 6 Meer zorg leveren – wachttijden terugdringen

Het aanpakken van wachttijden in de zorg heeft ook in deze kabinetsperiode hoge prioriteit. Een groot deel van het extra geld voor 2004 en de volgende jaren kan hieraan worden besteed. Voorwaarde is wel, net als in de afgelopen jaren, dat voor dat geld ook daadwerkelijk zorg wordt geleverd: boter bij de vis. Voor de aanpak is in 2004 € 250 miljoen extra beschikbaar gesteld.

Extra geld alleen is niet de enige oplossing voor het aanpakken van de wachttijden: ook meer doelmatigheid, betere organisatie van de zorg en innovatie, zijn noodzakelijk om meer en betere zorg te leveren.

### Dalende trend wachttijden ziekenhuiszorg

De ziekenhuizen hebben sinds 2001 goede resultaten geboekt bij het terugdringen van wachttijden. Het algemene beeld is duidelijk verbeterd. De gemiddelde wachttijd zowel voor opname als voor dagbehandeling is flink gedaald. Excessieve wachttijden zijn geen algemeen probleem meer in de Nederlandse curatieve zorg. Voor zover zij nog bestaan, zijn te lange wachttijden voornamelijk terug te voeren op bijzondere omstandigheden in beperkte deelgebieden of op het functioneren van het ziekenhuis.

**Tabel 1 Wachttijden ziekenhuizen Nederland**  
Gemiddelde wachttijd in weken

	dec 2000	dec 2001	dec 2002	juli 2003	afname in %	streven 2004
Kliniek	8,8	6,7	5,8	5,5	38%	5,3
Dagverpleging	6,4	5,7	5,2	5,1	20%	4,9

Bron: NVZ-databank.

Ziekenhuizen moeten met het nu beschikbaar gestelde extra geld in 2004 2,5 procent meer zorg kunnen leveren en daarmee wachttijden verder terugdringen. Dat mag ook gevraagd worden van instellingen. Of de wachttijden echt teruglopen hangt mede af van het tempo van opleiden, het beschikbaar komen van nieuw personeel en de logistieke organisatie in het ziekenhuis. De ziekenhuizen zijn nu aan zet. Het aanpakken van de wachttijden is al met al in de eerste plaats een zaak van verzekeraars en instellingen; VWS zal deze partijen aanspreken op hun prestaties op dit gebied.

### **Aanpak wachttijden bij ziekten met levensbedreigende risico's**

De wachttijden en de beschikbare capaciteit bij aandoeningen met levensbedreigende risico's, zoals kanker en hartkwalen, en behandeling met intensieve zorg (intensive care) hebben vanwege hun ernstige aard bijzondere aandacht. Op veel deeltherreinen is sprake van een acceptabele situatie die vastgehouden moet worden. Maar er zijn ook nog verbeteringen nodig. Te lange wachttijden moeten met voorrang verdwijnen. Er zijn al maatregelen in gang gezet, zoals het opleiden van extra personeel en het bouwen van extra voorzieningen. We verhogen de beschikbare capaciteit voor radiotherapie tot 2005 met meer dan de helft (zestig procent); daarmee moet de gemiddelde wachttijd in 2005 kunnen dalen naar 21 dagen, nu ligt dat rond de dertig dagen. Voor het behandelen van hartkwalen is extra capaciteit in de maak voor dotterbehandelingen. Hiermee moet de gemiddelde wachttijd van ruim zeven weken kunnen dalen. Tabel 2 geeft inzicht in een aantal capaciteitsuitbreidingen.

<b>Tabel 2 Geplande uitbreiding capaciteit</b>					
	2002 realisatie	2003 raming	2004 raming	2005 raming	2006 raming
1 Geplande uitbreiding NICU's *	23	16	14	6	5
2 Geplande uitbreiding aantal plaatsen Post-IC hoogwaardige zorg	27	20	18	8	7
3 Geplande uitbreiding PICU's **	11	9	6	1	1
4 Geplande extra plaatsen radiotherapie tot en met 2004			42		

Bron: VWS, CTG, CBZ, 2003.

\* NICU = plaatsen/eenheden intensieve zorg voor pasgeborenen

\*\* PICU = plaatsen/eenheden intensieve zorg voor kinderen

### **Extra geld ambulances en kleine ziekenhuizen**

De afgelopen periode is veel aandacht besteed aan problemen bij de beschikbaarheid van ambulancezorg en de bereikbaarheid van met name kleine ziekenhuizen. Het kabinet hecht groot belang aan het oplossen van die knelpunten. Daarom wordt daarvoor € 50 miljoen uitgetrokken. Dat bedrag gaat vooral naar het aanpakken van knelpunten in de ambulancezorg en de zorg die kleine ziekenhuizen leveren. De precieze invulling komt te staan in een brief over acute zorg die de Tweede Kamer dit najaar krijgt.

Het is van groot belang dat de eerstelijnszorg, met name ook buiten de reguliere uren (avond, nacht, weekend: ANW-uren) hier goed bij aansluit. Daarvoor moet de eerstelijnszorg doelmatiger worden georganiseerd en moet beter worden samengewerkt. Het vak van huisarts is sterk in beweging, maar 40 procent van de huisartsen werkt nog in een eenmanspraktijk, met alle nadelen van dien, met name buiten de reguliere uren.

Beter samenwerken met verschillende disciplines (multifunctioneel) is zeer gewenst, ook om de taken van de huisarts te verlichten.

### **AWBZ: meer «productie» de komende jaren**

De aanpak van wachttijden in de AWBZ-zorg (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: ouderen, gehandicapten, geestelijk gezondheidszorg) heeft de afgelopen jaren goede resultaten gehad. Er is over de gehele linie meer zorg geleverd, zeker sinds eind 2000 een verder groei van de productie mogelijk werd en het veld werd geprikkeld tot meer en nieuwe initiatieven.

Wel verschuift door veranderende wensen van zorgvragers het soort zorg: de intramurale productie («binnen de muren van de instellingen») blijft gelijk of stijgt licht, maar er is meer vraag naar semi-murale en extramurale zorg, buiten de muren van instellingen. Dit is mede het gevolg van bewust beleid om mensen zoveel en zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te helpen.

Het aantal opnamen in verpleeghuizen is gestegen door de bouw van extra verpleeghuisplaatsen. De trend in de ouderenzorg van extramuralisering leidt er daarnaast toe dat mensen steeds langer zelfstandig wonen en het aantal bewoners in verzorgingshuizen daalt. Verder is het aantal uren zorg dat thuis wordt verleend en het aantal persoonsgebonden budgetten (PGB's) de afgelopen jaren sterk gestegen. Het aantal mensen dat wachtte op verpleging, verzorging of thuiszorg is door die extra zorg in 2002 met 15 procent gedaald ten opzichte van 2001. De verwachting is dat in 2004 de verpleging en verzorging met het extra geld bijna 6 procent meer zorg kan leveren.

Sinds eind 2000 hebben ruim 31 000 mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking extra zorg gekregen. De wachttijd voor wonen en dagbesteding is in de gehandicaptenzorg sinds 2000 gedaald. Het uitbreiden van het aantal plaatsen in instellingen voor gehandicapten leidt ertoe dat de intramurale productie volgend jaar naar verwachting met ruim 1 procent groeit. De zorg buiten de instelling (zorg bij zelfstandig wonen en dagbesteding) groeit naar verwachting met bijna 6 procent.

In de geestelijke gezondheidszorg is het aantal wachtenden in 2002 licht gedaald ten opzichte van 2001. De afgelopen jaren was sprake van meer klinische opnamen; de gemiddelde opnameduur is aanzienlijk gedaald: van 182 dagen in 1994 naar 126 dagen in 2001. Daarentegen komen er steeds meer dagbehandelingen en ambulante contacten. Het extra geld en de in gang gezette bouw leidt er naar verwachting toe dat de intramurale productie (binnen instellingen, met opname) in de geestelijke gezondheidszorg in 2004 met ruim een half procent stijgt. Extramuraal – buiten instellingen, kortdurend en ambulant – wordt volgend jaar naar verwachting in de geestelijke gezondheidszorg ruim 5 procent meer zorg geleverd.

### **7 Werken en opleiden in de zorg**

De zorg is zeer arbeidsintensief. In totaal werken er circa een miljoen mensen in de zorg. Dat is ongeveer 13 procent van de beroepsbevolking. De werkgelegenheid in de zorg groeide in 2002 met circa 50 000 werknemers. Daarmee is de zorg een van de weinige sectoren met banengroei. De arbeidsmarktmaatregelen die eerder zijn getroffen, hebben zeker



geholpen: het ziekteverzuim is gedaald, het aantal herintreders gegroeid, de ervaren werkdruk afgenomen en de tevredenheid doet niet onder voor die van mensen in andere sectoren.

### **Arbeidsmarkt**

Omdat de economie en de overheidsfinanciën verslechterd zijn en de arbeidsmarktpositie van de zorg is verbeterd, kiest het kabinet voor een aantal maatregelen die bijdragen aan een beheerste uitgaven- en kostenontwikkeling.

- Net als bij andere onderdelen van de collectieve sector acht het kabinet het van groot belang dat werkgevers en werknemers in de zorg in de komende jaren tot loonmatiging komen. Na een periode waarin veel extra geld beschikbaar is gekomen voor specifieke arbeidsvoorwaardenverbetering, is die matiging nu ook mogelijk.
- Het dalend ziekteverzuim vergroot de productiviteit binnen instellingen. Het kabinet acht het daarom verantwoord een korting op instellingsbudgetten door te voeren die oploopt van in totaal € 17 miljoen in 2004, tot € 70 miljoen in 2007.
- Sociale partners moeten vanaf nu zelf de verantwoordelijkheid voor het arbeidsmarktbeleid nemen. Door de verbeterde arbeidsmarktpositie is er bovendien veel minder behoefte aan specifieke arbeidsmarktmaatregelen. Daarom gaat er € 33 miljoen in 2004 en € 105 miljoen in 2005 en latere jaren minder naar de sectorfondsen arbeidsmarkt.

Om de stijgende zorgvraag op te vangen moet de arbeidsproductiviteit in de zorg omhoog. VWS gaat daaraan samen met andere partijen werken, maar de eerste verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij instellingen zelf. Daarbij zijn ondersteunend: investeren in ICT en technologische hulpmiddelen, maar ook andere vormen van innovatie, bijvoorbeeld arbeidsbesparende innovaties in de organisatie van de zorgproductie.

### **Opleiden**

Om bestaande en te verwachten tekorten aan personeel in de zorg in te lopen, heeft het kabinet aangekondigd de capaciteit van medische opleidingen verder te verruimen en te investeren in de kwaliteit ervan. Dat gebeurt langs vier lijnen:

- De capaciteit van medische opleidingen voor artsen uitbreiden.
- Herschikken tussen beroepsgroepen, bijvoorbeeld via HBO opgeleide «physician assistants» (HBO-master opgeleide beroepsbeoefenaar die veelvoorkomende medische taken en handelingen verricht) en «nurse practioners» (praktijkverpleegkundigen).
- Anders opleiden, door een verschuiving naar modernere medische opleidingen die beter aansluiten op de beroepsuitoefening en taakherschikking.
- Verkorten van de opleidingsduur. Dit sluit aan bij Europese regelgeving.

## **8 Innovatie, kwaliteit, kennis en ICTInnovatie**

Zorginstellingen laten nog te vaak kansen liggen voor het vernieuwen van de zorg. Ondanks het bestaan van uitstekende innovaties, moet helaas worden vastgesteld dat deze voorbeelden niet op grote schaal worden toegepast. Dat geldt zowel voor organisatorische innovaties, zoals in de ziekenhuiszorg, als voor technologische innovaties, bijvoorbeeld op basis van biotechnologie. Dat is een gemis: goede innovatie is immers vrijwel altijd een combinatie van: (medisch) betere of minstens gelijkwaardige



kwaliteit, veiliger zorg, een klantvriendelijker product en veelal bevredigender en uitdagender werk voor de zorgverleners.

Prikkels zijn nodig om hierin verandering te brengen, zoals meer marktwerking bij de stelselherziening, minder bureaucratie en minder administratieve lasten. Ook bevorderen wij kwaliteitsverbeteringen en innovatie door het programma «kwaliteit, innovatie en doelmatigheid». Vooral de combinatie van herontwerpen van zorgprocessen, ICT en de juiste inzet van vaardigheden van professionals, is de sleutel tot beter presteren van de zorgsector. Meer ruimte voor het veld en minder regels zijn hiervoor belangrijke randvoorwaarden.

### **Kwaliteit**

De overheid stelt randvoorwaarden op het gebied van goede kwaliteit van zorg, maar sectoren zijn zelf verantwoordelijk voor het leveren van producten die hieraan voldoen. Met name de veiligheid voor patiënten is een belangrijk thema. Onderzoek naar patiëntveiligheid in landen als de Verenigde Staten, Canada, Australië en Engeland laat zien dat mensen onnodig overlijden door een slechte organisatie van de zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) brengt momenteel de feitelijke situatie in Nederland in kaart. In 2004 verschijnt hierover de eerste rapportage.

Het kwaliteitsbesef is nog onvoldoende aanwezig in de kern van het zorgproces, zoals ook de IGZ regelmatig constateert. Slechts 5 procent van de instellingen, inclusief ziekenhuizen, beschikte in 2000 over een vorm van certificering of accreditatie. Dat moet veranderen. Elke instelling die onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen valt, moet beschikken over een kwaliteitssysteem of concrete en aanzienlijke vordering kunnen laten zien bij het invoeren daarvan. Zij moeten aantoonbaar veilige, patiëntgerichte zorg leveren. Die systemen moeten goed in de organisatie ingebed zijn. De IGZ ontwikkelt momenteel een risicomodel om het toezicht te richten op de meest risicovolle onderdelen van de zorg zodat in deze sectoren zichtbare en controleerbare kwaliteitsgroei ontstaat.

### **ICT**

De combinatie van het veranderen van zorgprocessen en het inzetten van de goede vakmensen kan leiden tot een aanzienlijke verbetering van de zorg. ICT is een onmisbaar hulpmiddel om die veranderingen mogelijk te maken. In de informatie-intensieve zorgsector mag geen onduidelijkheid bestaan over gegevens van één en dezelfde persoon; tevens moeten gegevens met elkaar in verband gebracht kunnen worden. Daarom komt er een wettelijk vastgelegd persoonsnummer. De daarmee samenhangende investeringen dragen bij aan de doelstellingen van het kabinet over het ingrijpend verbeteren van het zorgstelsel en de zorg, en die voor het verminderen van administratieve lasten.

Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) werkt met de sector aan het invoeren van het elektronische medicatiedossier dat met ingang van 1 januari 2006 landelijk toegepast moet worden. Vanaf dat moment komen het landelijk invoeren van het elektronisch patiëntendossier en vele andere toepassingen binnen bereik.

### **Kennisinstituten**

De zorg en het beleidsveld gebruiken veel kennis. Het gaat niet alleen om «klassiek» onderzoek, maar ook om onderzoek dat bijdraagt aan het toepassen van beleid en innovatie in de zorg. Instellingen als het RIVM,

SCP, NIZW en ZonMw zijn uitgegroeid tot instellingen van formaat. VWS moet daarnaast letten op een goede ondersteunende kennisinfrastructuur voor «het veld».

De stevige korting op de subsidies en taakstelling van VWS dwingt het departement om de eigen kennisbehoefte en de wijze waarop daarin wordt voorzien kritisch te bezien. Dat geldt ook voor de verantwoordelijkheid van VWS voor de kennisinfrastructuur waar vooral het veld van profiteert. Uitgangspunten bij het beoordelen zijn: voordeel voor de patiënt/consument en dat met minder (middelen en instellingen) meer bereikt moet worden. Najaar 2003 publiceren wij onze visie op de VWS-kennisinfrastructuur. Die werken wij verder uit met betrokken instellingen.

De verhouding met de via subsidies en opdrachten aan het ministerie verbonden kennisinstituten wordt apart herzien en verzakelijkt, waarbij het accent verschuift van subsidies naar opdrachten.

### **9 Kwaliteit van leven: ethische vraagstukken**

Medisch wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen gaan snel, wekken vaak grote verwachtingen over het behandelen van ziekten, maar leiden ook tot ethische vragen: mag alles wat kan? Het beoordelen of nieuwe methoden toelaatbaar zijn vereist niet alleen een maatschappelijk draagvlak, maar de vraag is ook of er fundamentele waarden en normen in het geding zijn. Nieuwe technische mogelijkheden om iemand te genezen rechtvaardigen veel, maar niet alles. Ethische aanvaardbaarheid plaatst de samenleving als geheel voor vragen die samenhangen met de kwaliteit van leven. Wij besteden de komende jaren daarom veel aandacht aan medisch-ethische vraagstukken.

Hierbij gaat het om biotechnologische mogelijkheden, maatschappelijk-ethische grenzen, Europese ontwikkelingen, de positie van werkenden in de gezondheidszorg en de rechtspositie van patiënten. VWS is verantwoordelijk voor het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij wetenschappelijk onderzoek. Daarom moeten nieuwe ontwikkelingen in zorg en wetenschap met ethische vragen of dilemma's, in een vroeg stadium gesignaleerd worden. Het centrum voor Ethiek en Gezondheid heeft hierin een belangrijke taak.

Het komende jaar sturen wij, naar aanleiding van wetsevaluaties, een aantal kabinetsstandpunten naar de Tweede Kamer. De euthanasiepraktijk (toetsing van de Wet levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in de praktijk) is geëvalueerd. Nog dit jaar wordt het kabinetsstandpunt aan de Tweede Kamer aangeboden. Daarnaast wordt in 2004 de Wet afbreking zwangerschap geëvalueerd, vervolgens krijgt de Kamer zo spoedig mogelijk het kabinetsstandpunt. Daarnaast komt er in 2004 een wijziging van de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen. De Gezondheidsraad heeft een onderzoek gepubliceerd over anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap. Nog in 2003 gaat het kabinetsstandpunt hierover naar de Tweede Kamer. In 2004 gaat het wetsontwerp «Zeggenschap lichaamsmateriaal» naar het parlement. Najaar 2003 gaat het kabinetsstandpunt over prenatale screening naar de Tweede Kamer; dit naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad.

## 10 Gezondheidsbevordering en publieke gezondheid

De groei in de gezonde ontwikkeling van de Nederlandse bevolking stagneert. We worden nog wel steeds ouder en sterven minder snel aan bepaalde ziekten, maar het aantal jaren in goede gezondheid neemt niet toe. Nederland zakt wat gezondheid betreft af naar de Europese middenmoot: er gaan in weinig Europese landen zoveel mannen dood aan longkanker als in ons land, vrouwen sterven steeds vaker aan chronische longziekten en rond de geboorte gaan relatief veel kinderen dood. Ook zijn de verschillen in gezondheid hardnekkig en is er een groot verschil in gezonde levensjaren tussen mensen die hoog en laag opgeleid zijn.

Zes ziekten krijgen de komende jaren bijzondere aandacht: hart- en vaatziekten, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, kanker, psychische aandoeningen, diabetes mellitus (suikerziekte) en astma. Zij leggen een groeiend beslag op onder meer de zorgkosten. De concrete doelen zijn:

- Minder rokers.
- Minder mensen met overgewicht.
- Voorkomen, tijdig signaleren en behandelen van psychische aandoeningen, inclusief verslaving.
- Voorkomen, tijdig signaleren van en goede zorg bij diabetes; gedragsveranderingen stimuleren.

Om dit te bereiken is er veel overtuigingskracht nodig, evenals een intensieve samenwerking tussen vele betrokkenen. Over de prioriteiten en doelstellingen, sturen wij dit najaar de Preventienota 2004–2007 naar de Tweede Kamer. Voor het uitvoeren van de nota is in 2004 € 5 miljoen en vanaf 2005 € 10 miljoen extra beschikbaar.

### **Publieke gezondheid**

Het publieke volksgezondheidsbeleid is in 2003 in een ander daglicht komen te staan door de dreiging van bioterrorisme en de uitbraak van nieuwe, onverwachte infectieziekten. Van die laatste is met name SARS te noemen, dat op een ongekende wijze dreigend op de wereld afkwam en van met name de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) maar ook van tal van landen veel aandacht heeft gekregen.

De aanpak van de crises is de afgelopen jaren in goede samenwerking tussen alle betrokkenen uitgevoerd, maar heeft ook enkele «weeffouten» in de structuur aan het licht gebracht. De huidige structuur legt een zwaar bestuurlijk accent bij de gemeenten en de rol van het Rijk is in de wetgeving zeer onderbelicht. Dit vergt teveel improvisatie om op lange termijn tegen de bedreigingen opgewassen te zijn. De structuur dient dan ook te worden aangepast. Dit zal gepaard gaan met een duidelijkere wettelijke verankering van de taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen en met name die van de rijksoverheid, in de relevante wetten zoals de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV).

Bij het RIVM willen we een organisatie opzetten die tenminste voor de infectieziektenbestrijding een centrale rol heeft in het verzamelen en beschikbaar stellen van kennis, het «vertalen» van beleid naar praktijk en de coördinatie van landelijke taken die decentraal (gemeenten) worden uitgevoerd.

## 11 Nederlands voorzitterschap Europese Unie

Nederland is in de tweede helft van 2004 voorzitter van de Europese Unie. Het centrale thema van ons voorzitterschap is «duurzame groei». VWS kiest daarbinnen als rode draad: de relatie tussen de afspraken binnen de EU (interne markt) en de volksgezondheid, gezien vanuit de positie van de burger. De toekomst van het volksgezondheidsbeleid in de Europese Unie, komt onder meer aan de orde in een informele bijeenkomst van EU-ministers.

VWS stelt tijdens het EU-voorzitterschap verder ook een aantal thema's aan de orde, zoals de balans tussen «markt en gezondheid», de vraag naar medicijnen in relatie tot het aanbod van de farmaceutische industrie, infectieziekten en de samenhang tussen de gezondheid van mens en dier en het waarborgen van kwaliteit van gezondheidszorg in relatie tot het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren binnen de EU.

Het Nederlandse voorzitterschap staat ook in het teken van een nieuwe drugsstrategie voor de Europese Unie, vanaf 2005. Hierin komen alle aspecten van de drugsproblematiek aan bod, alsmede het kader en de prioriteiten van de communautaire activiteiten de komende jaren. VWS is coördinerend departement voor het drugsbeleid en zit de interdepartementale stuurgroep voor die het EU-voorzitterschap op dit punt voorbereidt en uitvoert.

## 12 Sport

Dagelijkse lichaamsbeweging is gezond voor mensen. Daarmee is veel winst te boeken. Sport levert daar een flinke bijdrage aan. Sportieve mensen zijn gezonder, verzuimen minder en doen minder vaak een beroep op de gezondheidszorg. Meer mensen zouden daarom hun hele leven een actieve leefstijl moeten hebben. Sport biedt daarvoor veel mogelijkheden. Naar schatting voldoet momenteel ongeveer 45 procent van alle Nederlanders aan de algemeen aanvaarde beweegnorm (een half uur per dag matig intensief bewegen, vijf dagen per week), maar haalt 14 procent dat op geen enkele dag in de week. Het streven is dat in 2007 48 procent van de Nederlanders de beweegnorm haalt en hooguit 10 procent van de Nederlanders nog inactief door het leven gaan.

In het kader van het «Europese jaar van de opvoeding door sport 2004» worden diverse projecten gestart om de educatieve waarden van sport te laten zien. Sport kan een goede bijdrage leveren aan het versterken van de sociale samenhang op lokaal niveau. De projecten buurt, onderwijs en sport (BOS) worden in 2004 verstrekt. Sport draagt ook bij aan het tegengaan van problemen bij de jeugd, het integreren van gehandicapten en het versterken van waarden en normen.

Het jaar 2004 staat ook in het teken van de Olympische Spelen. De sporters moeten natuurlijk zelf de prestaties neerzetten. De overheid blijft zich inspannen om tezamen met de partners in sport een klimaat te scheppen en faciliteiten te creëren waarin de topsport zich optimaal kan (blijven) ontwikkelen.

## 13 Leefbaarheid en welzijn

### **Verantwoordelijkheden helder afbakenen**

Op 1 januari 2004 is de Welzijnswet tien jaar van kracht. De uitgangspunten van de wet zijn nog steeds geldig: de rijksoverheid is verantwoordelijk voor het systeem en stuurt op trends, de gemeente is lokaal verantwoordelijk voor aansturen, uitvoeren en financieren. Maar daar moet meer samenhang in komen. Maatschappelijke vraagstukken en de behoefte van individuele burgers aan bepaalde voorzieningen, vragen om een meer integrale aanpak. Het Rijk neemt initiatieven om de verantwoordelijkheden helder af te bakenen en barrières te slechten voor samenwerking. Daarbij worden instellingen meer en meer afgerekend op hun prestaties. Niet alleen moet vastgesteld worden of de middelen goed besteed zijn en beleid effectief is geweest, maar ook is kennis nodig voor het verbeteren van de kwaliteit en de professionaliteit van het werk in de welzijnssector.

### **Landelijke beleidskader welzijn**

De welzijnsnota 1998–2002 krijgt najaar 2003 een vervolg met het Landelijk Beleidskader Welzijn. De volgende aandachtspunten staan daarin centraal:

- Zorg en welzijn, met de nadruk op de mogelijkheden van hoogbejaarden en gehandicapten om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Hiervoor is het ontwikkelen van een lokaal stelsel van dienstverlening van grote betekenis. Dit stelsel moet samenwerkingsverbanden tot stand brengen tussen zorg- en welzijnsvoorzieningen en de schotten wegnemen tussen welzijn, zorg en wonen. Maar: de burger moet eerst zelf al het mogelijke doen om zelfstandig te leven en maatschappelijk te functioneren; pas daarna ondersteunt de overheid hem of haar daarbij. Het kabinet wil hiervoor in 2006 een wet maatschappelijke zorg invoeren. Deze wet vervangt dan onderdelen van de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). In de nieuwe wet wordt expliciete aandacht besteed aan de verantwoordelijkheidsverdeling voor zaken uit dit stelsel en de AWBZ.
- Leefbaarheid van de woonomgeving. Dit richt zich in het bijzonder op de achterstandswijken in de grote steden, maar ook op de leefbaarheid van het platteland. VWS is verantwoordelijk voor de coördinatie op rijksniveau van de sociale pijler in het Grotestedenbeleid.
- Preventie. Dit betreft vooral (jeugd)criminaliteit en meer algemeen het gevoel van onveiligheid van veel burgers in de publieke ruimte.

Naast het Landelijk Beleidskader Welzijn en deels, ook als uitwerking daarvan, verschijnt nog een nota Integraal ouderenbeleid (medio 2004). Beide nota's besteden ook aandacht aan de rol van vrijwilligers. Het wordt steeds moeilijker voor activiteiten voldoende vrijwilligers te vinden. Onder het motto «Iedereen doet mee» wordt gezocht naar nieuwe vormen van werven, inzetten en behouden van vrijwilligers in het welzijn en de maatschappelijke zorg.

### **Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronisch ziekte**

Het kabinet wil de maatschappelijke positie van mensen met een handicap of chronische ziekte in de samenleving daadwerkelijk verbeteren. Dit betekent enerzijds het beschikbaar hebben van de noodzakelijke voorzieningen en aanpassingen en anderzijds zoveel mogelijk gelijke behandeling in de praktijk. Op 1 december 2003 treedt de Wet gelijke behandeling

op grond van handicap of chronische ziekte in werking. Deze wet moet de positie van mensen met een handicap en chronisch zieken belangrijk verbeteren.

De wet en de norm die erin vastligt, hebben gevolgen voor tal van terreinen in de samenleving. Het kabinet stuurt over de knelpunten een Actieplan naar de Tweede Kamer (oktober 2003). Dit plan geeft aan hoe, met gelijke behandeling als vertrekpunt, de maatschappelijke positie van mensen met een handicap of chronisch ziekte concreet verbeterd wordt. Het uitwerken van de concrete maatregelen is de verantwoordelijkheid van de vakdepartementen op de afzonderlijke terreinen.

#### **14 Extra impuls jeugd, maatschappelijke opvang en vrouwenopvang**

Het kabinet heeft bij het aantreden in het Hoofdlijnenakkoord besloten om de jeugdzorg, waaronder ook de preventie, te versterken. Hiervoor is in 2004 voor de ministeries van VWS en Justitie tezamen € 30 miljoen beschikbaar, oplopend tot € 100 miljoen in 2007.

VWS besteedt hiervan aan de volgende vijf onderwerpen in 2004 ruim € 19 miljoen, oplopend tot € 65 miljoen in 2007. Daarnaast wordt een deel van het Justitie-geld ook besteed voor onder meer de Wet op de Jeugdzorg.

- Voor het preventief jeugdbeleid (om de vraag naar zwaardere zorg tegen te gaan) wordt het aanbod aan opvoedingsondersteuning vergroot en wordt intensieve gezinsbegeleiding en het invoeren van de gezinscoach mogelijk gemaakt. Bedrag: € 2,4 miljoen in 2004, oplopend tot € 8 miljoen in 2007.
- In het kader van de invoering van de Wet op de jeugdzorg wordt de productie in de jeugdzorg vergroot. Daarbij gaat het onder meer om pleegzorg, dagbehandeling, ambulante zorg, intramurale zorg en aanpak van kindermishandeling. Ook wordt de inspectie Jeugdzorg versterkt. Bedrag: € 12 miljoen in 2004, oplopend tot € 40 miljoen in 2007.
- Er komt extra geld voor maatschappelijke opvang. Het geld wordt gebruikt om de opvang van en hulp aan kwetsbare groepen te verbeteren (waaronder dak- en thuislozen, zwerfjongeren en vrouwen). Het streven is om ondermeer te investeren in capaciteit. Het kabinet doet een nader voorstel voor de precieze verdeling in het kabinetsstandpunt over het IBO-onderzoek Maatschappelijke opvang. Bedrag: € 2,4 miljoen in 2004, oplopend tot € 8 miljoen in 2007.
- Er komt extra geld voor vrouwenopvang en tegengaan van huiselijk geweld. Het geld wordt onder andere gebruikt om de kwaliteit van de opvang en hulp aan onder meer mishandelde vrouwen te verbeteren. Het kabinet doet een nader voorstel voor de precieze verdeling in het kabinetsstandpunt over het IBO-onderzoek Maatschappelijke opvang. Bedrag: € 1,2 miljoen in 2004, oplopend tot € 4 miljoen in 2007.
- Geld voor het verstrekken van heroïne aan zeer zwaar verslaafden waarvoor geen andere behandelingsmogelijkheid meer open staat. Bedrag € 1,5 miljoen in 2004, oplopend tot € 5 miljoen in 2007.

#### **15 Jeugd**

##### **VN-jaar van het gezin**

Het jaar 2004 is door de Verenigde Naties (VN) uitgeroepen tot het Jaar van het gezin. De positie van het kind, als meest kwetsbare deelnemer, speelt hierbij een belangrijke rol. Maar dat geldt ook voor aspecten van ouderenbeleid, relaties tussen de generaties, mantelzorg en het bestrijden

van huiselijk geweld. Problemen van jongeren (gezondheidsproblemen, criminaliteit, schooluitval en werkloosheid) gaan vaak terug op het gezin, de opvoeding en de maatschappelijke positie van het individu. Ouders moeten die als eerste oplossen. De overheid sluit daarop aan met bijvoorbeeld ondersteunen en begeleiden van gezinnen. Voorbeelden zijn: consultatiebureaus, opvoedingsondersteuning en jeugdhulpverlening.

### **Jeugdagenda 2004–2007**

Het kabinet wil met jeugdbeleid kinderen en jongeren de mogelijkheid geven zich te ontwikkelen tot volwaardige leden van de samenleving. Problemen moeten zo vroeg mogelijk gesignaleerd en aangepakt worden. De rijksbrede Jeugdagenda 2004–2007 besteedt hieraan aandacht. Deze agenda richt zich op:

- Voorkomen (preventie): vroegtijdig signaleren van (ontwikkelings) achterstanden. Zo kan voorkomen worden dat in een later stadium veel duurdere zorg nodig is; dit is vooral een zaak van lokale instellingen en voorzieningen, onder regie van de gemeente.
- Genezen (curatie): is van belang als blijkt dat zorg nodig is omdat een kind of het gezin meervoudige problemen heeft en de jeugdzorg daarin hulp kan bieden; hiervoor is de Wet op de Jeugdzorg, waarvoor Rijk en provincies verantwoordelijk zijn.
- Aanpakken (repressie): als een jongere meerdere keren strafrechtelijke handelingen heeft begaan, dient hij adequaat aangepakt te worden.

De rijksoverheid moet zorgen dat de «jeugdketen» sluit. Daarnaast is het belangrijk dat regels op elkaar worden afgestemd en dat de diverse geldstromen worden gebundeld. Voor het uitvoeren van deze ambities is de «operatie JONG» gestart waarin vijf departementen samenwerken. Hierover worden ook afspraken gemaakt met gemeenten, provincies en het veld.

### **Wet op de Jeugdzorg**

Op 1 januari 2004 wordt de nieuwe Wet op de Jeugdzorg van kracht. Hiermee ontstaat een wettelijk kader dat een sluitende aanpak van de hulpverlening aan jongeren mogelijk maakt. Het Bureau Jeugdzorg (BJZ) speelt hierin een centrale rol als toegang tot de jeugdzorg. Het BJZ bepaalt of en zo ja welke hulp een jongere nodig heeft. Hierbij staat de behoefte van de jongere en zijn of haar ouders centraal. De indicatie die daaruit volgt, geeft aanspraak op zorg. Verder moeten gemeentelijke taken op het terrein van de jeugd beter aansluiten bij de jeugdzorg.

### **Waarden en normen**

Het belang van waarden en normen uit zich in de praktijk in drie zaken: respect voor elkaar, verantwoordelijkheid voor de samenleving en je eigen gedrag, bijvoorbeeld op het terrein van gezondheid. VWS richt zich in het waarden- en normendebat vooral op jongeren, maar ook op hun ouders of opvoeders en de omgeving. Jongeren ontwikkelen zich immers door opvoeding en sociale controle in de (directe) omgeving tot verantwoorde-lijke burgers met normbesef en respect voor anderen. Daarin investeren, loont het meest. Directe beleidsmaatregelen die daarmee te maken hebben, gaan dus over zaken als: voorkomen van risicogedrag, ondersteunen bij opvoeding, respectvol en sportief gedrag in de sport, verbeteren van de jeugdgezondheidszorg, een gezonde en actieve leefstijl.

Een aantal concrete voorbeelden:

- Maatregelen om jongeren met verschillende achtergronden beter met elkaar te laten omgaan.



- De gezinscoach in de jeugdzorg draagt bij aan veilige en normstellende kaders voor jongeren.
- Normen voor gezond gedrag als niet roken, gezond eten, veilig vrijen, verstandig omgaan met alcohol en drugs en voldoende bewegen stimuleren.
- Extra aandacht voor vrijwilligerswerk in het algemeen.
- Experimenten met maatschappelijke stages voor jongeren.
  - Overlast voor anderen tegengaan, bijvoorbeeld die het gevolg is van drugsgebruik, teveel alcoholgebruik, onveilig vrijen (ongewenste zwangerschap, soa), pesten en discrimineren.
  - Acties met landelijke organisaties, gemeenten en scholen, om sportiviteit en respect in de sport te vergroten.

## 16 Nieuw subsidiebeleid

VWS heeft een lange traditie in het verlenen van subsidies op veel verschillende beleidsterreinen. In de loop der jaren is een breed geschaakt patroon aan subsidies ontstaan. Soms is dit in de vorm van vaste subsidiestromen aan instellingen, soms in de vorm van incidentele of projectmatige financiële bijdragen. Hoewel met subsidies in veel gevallen veel goeds tot stand gebracht is, zijn er verschillende redenen voor een nieuw subsidiebeleid:

- Een tekortschietend beheer en een te weinig zakelijke op afrekenen/prestaties gerichte benadering bij subsidieverlening. Dit is ook geconstateerd door de Algemene Rekenkamer.
- De noodzaak opnieuw te kijken naar verantwoordelijkheidsverdeling tussen rijksoverheid en maatschappelijk middenveld, gericht op het vergroten van eigen verantwoordelijkheid in de samenleving.
- Het wijzigen van beleidsdoelen, onder meer als gevolg van het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet.
- De in het Hoofdlijnenakkoord afgesproken bezuinigingen op de begrotingssubsidies van VWS: oplopend van € 59 miljoen in 2004 tot € 127 miljoen in 2007.

VWS gaat met ingang van 2004 subsidies veel doelgerichter verstrekken. In grote lijnen gaat het om nadruk op drie doelen. Allereerst: het instandhouden en delen van essentiële kennis over zorg (inclusief jeugdzorg) en gezondheid. In de tweede plaats: het (tijdelijk) stimuleren van innovaties en ontwikkelingen die de patiënt/consument ten goede komen. Ten derde: het versterken van de positie van kwetsbare groepen (gehandicapten, chronisch zieken) of groepen die aan het zorgproces een belangrijke bijdrage leveren (mantelzorgers, vrijwilligers). Subsidie verandert zo van een meer algemeen tot een bijzonder instrument.

Subsidies aan instellingen (instellingsubsidies) die niet passen in het nieuwe beleid worden met ingang van 1 januari 2004 beëindigd. Voor het afbouwen van deze subsidies is een beleidsregel opgesteld. Instellingen waar de subsidie wordt stopgezet, ontvangen een beëindigingssubsidie op basis van artikel 9a van de Welzijnswet 1994 of artikel 4 van de Kaderwet Volksgezondheidssubsidies. Deze beëindigingssubsidies staan voor het deel dat in 2004 betaald wordt in de Begrotingswet. De Kamer wordt schriftelijk geïnformeerd over de instellingen die geen subsidie meer krijgen en de bedragen die daarmee gemoeid zijn. De overige (structureel) gesubsidieerde instellingen krijgen vanaf 2004 10 procent minder subsidie als bijdrage aan de noodzakelijke vermindering van overheidsuitgaven. In enkele gevallen loopt die korting in 2005 op tot 30 procent. Dit betreft kennisinstellingen die naar ons oordeel goede mogelijkheden hebben om



doelmatiger te werken door: onderling samenwerken, taken afbakenen en beter afstemmen. Het bezuinigen op instellingssubsidies levert in 2007 een structurele besparing op van per saldo € 51 miljoen. De verdeling van verantwoordelijkheden voor geldstromen in de sport wordt meer ten principale herbezien op basis van de rapportage «Geldstromen in de sport». Deze rapportage is tegelijkertijd met de begroting 2004 naar de Kamer gestuurd.

Gelijk met de vaste instellingssubsidies verandert ook het beleid voor de overige begrotingssubsidies, in lijn met de genoemde doelen. Het komende jaar wordt deze herziening (met een duidelijke prioriteitstelling) verder uitgewerkt. Dit levert in 2004 een besparing op van € 38 miljoen, oplopend tot € 78 miljoen vanaf 2007.

Naast begrotingssubsidies zijn er ook subsidies die worden verstrekt uit het fonds van de AWBZ of uit de kas van de Ziekenfondswet. Vanaf 2004 is financiering door een premiesubsidie in beginsel alleen nog mogelijk met een tijdelijke regeling die vooruitloopt op het opnemen van een nieuwe aanspraak in het verzekerde pakket. Premiesubsidies die niet onder deze definitie vallen, gaan naar de begroting of worden een aanspraak in de ZFW of AWBZ. De premiesubsidies worden in totaal verminderd met ruim € 10 miljoen in 2004.

Het nieuwe subsidiebeleid wordt uitvoerig toegelicht in een aparte brief en een rapportage, die tegelijkertijd met de begroting naar de Tweede Kamer gaan.

### **17 Financieel beleid op hoofdlijnen**

Deze paragraaf beschrijft het financieel beleid op hoofdlijnen. Dat gebeurt aan de hand van twee tabellen: één voor de premiegefinancierde uitgaven en één voor de begrotingsgefinancierde uitgaven. Beide tabellen beslaan de jaren 2003 tot en met 2007.

Tabel 3 Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven (x € 1 000 000)					
	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Stand Zorgnota 2003</b>	<b>39 258,8</b>	<b>41 329,1</b>	<b>43 644,1</b>	<b>46 367,3</b>	<b>48 753,1</b>
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	1 228,3	979,0	897,7	903,5	903,5
Stand Voorjaarsbrief Zorg 2003	40 487,1	42 308,1	44 541,8	47 270,8	49 656,6
Actualisatie raming CPB		- 11,3	- 201,5	- 266,7	200,3
<i>Mutaties ten gevolge van Hoofdlijnenakkoord (mei 2003)</i>					
Intensiveringen zorg		250,0	500,0	750,0	1 000,0
Pakketverkleining		- 1 000,0	- 1 000,0	- 1 000,0	- 1 000,0
Invoeren eigen risico			- 1 100,0	- 1 100,0	- 1 100,0
Loonmatiging collectieve sector		- 250,0	- 500,0	- 750,0	- 1 000,0
Beperken incidentele loonontwikkeling collectieve sector		- 48,0	- 98,0	- 152,0	208,0
Verminderen ziekteverzuim		- 17,4	- 34,8	- 52,2	- 69,6
Uitstel bezuiniging i.v.m stelselwijziging			50,0	50,0	
<i>Mutaties na Hoofdlijnenakkoord (augustus 2003)</i>					
Actualisatie productieontwikkeling	300,0	300,0	300,0	300,0	300,0
Niet te realiseren bezuiniging geneesmiddelen	73,0	181,0	118,0	118,0	118,0
Eigen bijdrage geneesmiddelen: receptregelvergoeding		- 210,0	- 210,0	- 210,0	- 210,0
Overige aanvullende eigen bijdragen		- 180,0	- 180,0	- 180,0	- 180,0
Additionele korting incidentele loonontwikkeling		- 60,0	- 120	- 120,0	- 120,0
Overige maatregelen		- 180,5	- 180,3	- 180,3	- 180,3
Compensatiemaatregelen		60,0	70,0	70,0	70,0
Aanpak knelpunten		102,6	110,0	110,0	110,0
Mutaties financieringsachterstanden	- 191,3	- 103,9			
Overig		30,8	- 27,7	- 27,7	- 27,7
Technisch					
Overboekingen naar VWS-begroting	0,2	- 7,9	- 21,1	- 24,1	- 24,0
Overig	3,1	3,4	3,5	0,9	4,8
Macro-economische loon- en prijsbijstelling (MEV)		53,0	233,8	137,7	- 23,2
Stand begroting (zorg) 2004	40 672,1	41 219,9	42 253,7	44 744,4	47 316,9

### Toelichting

Het financieel beleid in de zorg wordt grotendeels bepaald door twee tegengestelde factoren. Enerzijds leidt de noodzakelijke groei van zorgverlening tot een toenemend beslag op de middelen. Anderzijds dwingt de slechte economische situatie tot het beperken van de uitgaven. Deze beide factoren zijn duidelijk te zien in de ontwikkeling van de netto-BKZ-uitgaven in de periode 2003–2007 (tabel 6). De tabel geeft het financiële beeld op hoofdlijnen weer. De meer gedetailleerde gegevens staan in het Financieel Beeld Zorg, in de bijlage van de begroting 2004.

#### Hoe is de tabel opgebouwd?

Het startpunt is de Zorgnota 2003 waarin het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende-I is verwerkt. In de Voorjaarsbrief 2003 (mei 2003) is gemeld dat de netto BKZ-uitgaven in het begrotingsjaar 2003 hoger zullen uitkomen dan bij de Zorgnota 2003 nog werd verwacht. Het kabinet heeft om de stijging in de uitgaven te beperken compenserende maatregelen afgesproken. Het saldo hiervan en de doorwerking voor de jaren 2004–2007, is opgenomen in de tabel onder de regel «Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003».

Het uitgangspunt van de uitgavenontwikkeling in de komende jaren is, evenals bij het Strategisch Akkoord (Balkenende I), een op CPB-ramingen gebaseerde volumegroei van 2,5 procent. Omdat die groei moest worden toegepast op het inmiddels hogere uitgavenniveau van 2002 en 2003, moest de uitgavengroei in bedragen enigszins worden aangepast. Daarnaast was de macro-economische raming van de ontwikkeling van lonen en prijzen inmiddels veranderd.

Op basis van de uitgavenrealisaties van de afgelopen jaren kan verwacht worden dat bij ongewijzigd beleid de uitgaven meer zullen groeien dan de 2,5 procent waarmee het CPB heeft gerekend. Dit staat ook reeds in het rapport Financiële Bouwstenen Zorg (februari 2003) dat VWS en Financiën hebben opgesteld en dat aan de Tweede Kamer is verstuurd. Met het oog op die hogere uitgavengroei trekt het kabinet in het Hoofdlijnenakkoord (Balkenende-II) een extra bedrag uit dat oploopt tot € 1 miljard in 2007. Maar tegelijkertijd wordt bespaard door nieuwe maatregelen als pakketverkleining en eigen risico. De zorguitgaven worden verder beperkt door loonmatiging: de vergoeding voor loonontwikkeling in tarieven en budgetten in de zorgsector is lager dan de loonontwikkeling in de marktsector. Ook de ruimte voor incidentele loonontwikkeling wordt beperkt. Beide laatste beperkingen komen voort uit de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord voor de gehele collectieve sector.

Na het sluiten van het Hoofdlijnenakkoord bleek dat de uitgaven in 2003 naar verwachting opnieuw hoger zullen zijn dan verwacht. Deze verwachting is gebaseerd op nieuwe gegevens over de verwachte productieontwikkeling – op grond van geactualiseerde realisatiecijfers 2002 en productieafspraken 2003 – alsmede de vormgeving van de prijsmaatregel geneesmiddelen. Om dit op te vangen zijn nieuwe maatregelen nodig: eigen bijdragen en overige maatregelen. Hiermee komt tevens geld vrij voor compensatiemaatregelen en enkele uitgaven voor het oplossen van knelpunten. Deze maatregelen en intensiveringen worden deels niet met premiemiddelen betaald, maar direct vanuit de VWS-begroting. Daarom staat er in de tabel een bedrag als «Overboekingen».

De 2,5 procent volumegroei, de aangepaste productieontwikkeling en het extra geld uit het Hoofdlijnenakkoord (€ 1 miljard) bieden ruimte om de gevolgen van demografische ontwikkeling in de zorg (vergrijzing) en de autonome groei bij de genees- en hulpmiddelen op te vangen; tevens kan de productiegroei in de wachtlijstsectoren doorgaan. Een overzicht van de verdeling van het extra geld over de sectoren staat in het Financieel Beeld Zorg, in de bijlage van de begroting 2004.

**Tabel 4 Uitgavenontwikkeling Begroting 2004 x € 1000**

	Art nr.	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Stand ontwerpbegroting 2003</b>		<b>9 524 434</b>	<b>9 815 976</b>	<b>9 083 676</b>	<b>9 418 227</b>	<b>9 794 233</b>
Zorg		1 209 991	1 184 180	1 145 221	1 142 478	1 142 171
Welzijn		1 386 305	1 375 145	1 356 902	1 336 788	1 331 551
Sport		73 994	75 031	75 281	75 689	75 686
P&M		141 592	138 468	132 920	132 721	132 674
Rijksbijdragen		6 712 552	7 043 152	6 373 352	6 730 551	7 112 151
<b>Mutaties Voorjaarsnota 2003</b>		<b>254 363</b>	<b>229 269</b>	<b>183 368</b>	<b>174 813</b>	<b>159 731</b>
<b>Waarvan mutaties Hoofdlijnenakkoord</b>		<b>- 8 634</b>				
- taakstelling inhuur externen	99	- 1 280				
- taakstelling subsidies	99	- 7 354				
<b>Mutaties sinds de voorjaarsnota 2003</b>		<b>132 633</b>	<b>995 447</b>	<b>1 859 532</b>	<b>2 153 090</b>	<b>2 124 955</b>
<b>Waarvan mutaties Hoofdlijnenakkoord/aanvullend pakket</b>			<b>7 363</b>	<b>- 99 055</b>	<b>- 77 274</b>	<b>- 85 002</b>
- korting arbeidsmarktbeleid	29		- 33 000	- 105 000	- 105 000	- 105 000
- additionele taakstelling inhuur externen	99		- 6 609	- 8 741	- 8 741	- 8 741
- additionele efficiency-taakstelling	99		- 1 768	- 3 536	- 5 304	- 8 840
- volume taakstelling uitvoerende diensten	99		- 693	- 1 386	- 2 079	- 2 771
- doorwerking ww-maatregelen	99			- 25	- 50	- 100
- additionele subsidietaakstelling	div		- 58 834	- 105 402	- 105 402	- 127 465
- VWS-deel envelop preventie en jeugdzorg	24, 33, 37		19 500	32 500	52 000	65 000
- korting Pensioen- en Uitkeringsraad	36		- 233	- 465	- 698	- 1 085
- tegemoetkoming buitengewone uitgaven chronisch zieken	38		89 000	93 000	98 000	104 000
<b>Waarvan overhevelingen vanuit de premie</b>		<b>- 187</b>	<b>7 863</b>	<b>21 113</b>	<b>24 078</b>	<b>23 998</b>
- noodzakelijke intensivering	21/22		8 050	15 300	15 265	15 185
- technische correctie	30			6 000	9 000	9 000
- medische en seksuologische hulpverlening	24	- 187	- 187	- 187	- 187	- 187
<b>Belangrijkste overige beleidsmatige mutaties</b>		<b>127 446</b>	<b>982 650</b>	<b>1 942 164</b>	<b>2 208 716</b>	<b>2 188 389</b>
- Aanpassing Rijksbijdragen	32	125 782	1 053 787	2 018 136	2 284 715	2 264 386
- uitdeling loonbijstelling	99	16 589	16 479	11 848	11 853	11 890
- overheveling centrale eenheid VWA naar LNV	37	- 14 925	- 9 175	- 9 175	- 9 175	- 9 175
- mutatie agv budgetherverdeling RIVM ivm agentschapsvorming			- 78 441	- 78 645	- 78 677	- 78 712
<b>Overige beleidsmatige en technische mutaties</b>		<b>5 374</b>	<b>- 2 429</b>	<b>- 4 690</b>	<b>- 2 430</b>	<b>- 2 430</b>
<b>Stand ontwerpbegroting 2004</b>		<b>9 911 430</b>	<b>11 040 692</b>	<b>11 126 576</b>	<b>11 746 130</b>	<b>12 078 919</b>

Tabel 4 laat de uitgavenontwikkeling zien van de VWS-begroting vanaf de stand ontwerpbegroting 2003. Allereerst worden de mutaties uit de Voorjaarsnota/1e suppletore wet 2003 (mei 2003) weergegeven. Voor een toelichting op deze mutaties verwijzen wij u naar de Wijziging van de begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota) (TK 2002-2003, 28 944 XVI, nr. 1-2).

Vervolgens zijn de mutaties die sinds de 1e suppletore wet hebben plaatsgevonden opgenomen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen mutaties die het gevolg zijn van het Hoofdlijnenakkoord, overhevelingen vanuit de premiemiddelen, belangrijke beleidsmatige mutaties en overige beleidsmatige en technische mutaties.

Het Hoofdlijnenakkoord legt VWS bij het arbeidsmarkt- en informatiebeleid een bezuiniging op van € 33 miljoen in 2004 en € 105 miljoen in 2005 en latere jaren. Wij brengen deze taakstelling geheel ten laste van de sectorfondsen.

In afwachting van een nadere concrete invulling, staan op artikel 99 (Nominaal en Onvoorzien) de volgende taakstellingen uit het Hoofdlijnenakkoord geparkeerd:

- Minder inhuur van externen.
- Meer doelmatigheid (efficiencytaakstelling).
- Volumetaakstelling bij uitvoerende diensten.
- Het VWS-aandeel in de ww-maatregelen voor de collectieve sector.

Deze taakstellingen moeten nog, zorgvuldig en gericht, ingevuld worden. De Tweede Kamer wordt daarover uiterlijk bij 1e suppletore wet 2004 nader geïnformeerd.

Daarnaast herziet VWS momenteel haar subsidiebeleid grondig. Dit is ook nodig om de subsidietaakstelling uit het Hoofdlijnenakkoord in te vullen. Deze taakstelling bedraagt ruim € 58 miljoen in 2004 en loopt op tot ruim € 127 miljoen in 2007.

Verder heeft het kabinet bij het aantreden in het hoofdlijnenakkoord besloten om de jeugdzorg, waaronder ook de preventie, te versterken. De middelen, die generaal aan de begroting van VWS zijn toegevoegd, lopen op tot € 65 miljoen in 2007.

Ook heeft het kabinet besloten om de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven op de begroting van VWS te verantwoorden. Deze regeling wordt thans voorbereid. Hiervoor is het nieuwe beleidsartikel 38: «Tegemoetkoming buitengewone uitgaven» in de begroting opgenomen.

Ten slotte komt er extra geld voor het oplossen van een aantal knelpunten. Deze extra middelen komen beschikbaar via het overhevelen van premiemiddelen voor:

- Preventiebeleid.
- Experimenten prestatievergelijking ziekenhuizen en huisartsen.
- Onderhoudsorgaan DBC's.

De overgang van de Voedsel- en Waren Autoriteit naar het ministerie van LNV en de agentschapsvorming van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu verlagen het uitgavenniveau, terwijl de aanpassingen van de rijksbijdragen juist een verhoging van het uitgavenniveau tot gevolg hebben.

## **BELEIDSARTIKEL 21: PREVENTIE EN GEZONDHEIDS- BESCHERMING**

### **21.1 Algemene beleidsdoelstelling**

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

Een goede gezondheidszorg begint niet bij de zorg zelf, maar bij het voorkomen dat mensen er gebruik van moeten maken. Het belang van preventie kan niet genoeg benadrukt worden: «voorkomen is beter dan genezen».

Gezondheidsbescherming en -bevordering gaan echter verder dan «het voorkomen van». Het beleid is ook bedoeld om mensen langer gezond te laten leven en de kwaliteit van hun leven in geval van ziekte te verhogen. Centraal in het beleid staan: onnodig gezondheidsverlies voorkomen en gelijke kansen op gezondheid bevorderen. Om gezondheidsachterstanden doelgericht terug te dringen, streven wij na dat mensen met een lage sociaal-economische status in 2020 ongeveer drie jaar langer in goede gezondheid leven: een verhoging van ongeveer 53 jaar naar 56 jaar.

De gezondheid van de Nederlandse bevolking is de vorige eeuw spectaculair verbeterd. Toch moeten we ook nu alert en actief zijn. Nieuwe ontwikkelingen (waaronder biotechnologie en globalisering) en bedreigingen (waaronder infectieziekten, overgewicht en daaraan gerelateerde ziekten en voedselinfecties) vragen onze bijzondere aandacht. Daarnaast nemen de kosten in de zorg toe, met name voor chronische ziekten die grotendeels te maken hebben met onze ongezonde leefgewoontes. Het RIVM heeft uitgerekend dat de zorgkosten gerelateerd aan ongezond gedrag liggen tussen de 5 en 9% van de totale uitgaven aan zorg. Om de ziektelast en de daarmee samenhangende kosten voor de zorg te beheersen, richten wij ons op zes ziekten die een groot en groeiend beslag leggen op de zorg: hart- en vaatziekten, problemen aan het bewegingsapparaat, kanker, psychische aandoeningen, suikerziekte en astma. In het najaar van 2003 wordt de nota «Preventie 2004–2007» aan de Tweede Kamer aangeboden. Hierin geeft het kabinet prioriteiten aan die moeten leiden tot gezondheidswinst. Hieraan worden doelen verbonden en wordt aangegeven wat het kabinet zelf gaat doen om die doelen te bereiken. Maar ook wordt aangegeven wat van anderen wordt verwacht en worden zij aangesproken op hun verantwoordelijkheden. Het kabinet ziet vooral een centrale rol voor de lokale overheden en zorguitvoeringsorganisaties als het gaat om het mobiliseren en coördineren van de activiteiten. Wij hebben voor de uitvoering van de nota «Preventie 2004–2007» in 2004 € 5 miljoen en vanaf 2005 € 10 miljoen. extra geld gereserveerd op de begroting. Gezondheid is echter niet alleen de verantwoordelijkheid van de overheid. Het is primair de verantwoordelijkheid van de burger zelf. De burger zal ook moeten investeren in een gezonde leefwijze om zijn gezondheid te behouden c.q. te verbeteren.

#### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen wij u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 21.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	1 845	2 328	3 295	3 295
Korting op projectsubsidies	4 186	7 832	6 212	8 777

**Premiemaatregelen**

Het kabinet heeft bij het aantreden voor de zorg een bezuiniging vastgesteld van € 1 miljard aan pakketmaatregelen. Daarnaast zijn extra bezuinigingen noodzakelijk, ondermeer ter facilitering van voorziene extra productie. Op dit beleidsartikel worden in de sfeer van de premie-uitgaven de volgende specifieke maatregelen genomen.

**Tabel 21.2: Premiemaatregelen (bedragen x € 1 000 000)**

Maatregel	2004	2005	2006	2007
Premiesubsidies; 10% korting op een aantal subsidies	0,4	0,4	0,4	0,4

**21.2 Operationele beleidsartikelen****21.2.1 Gezond gedrag bevorderen: niet roken, meer bewegen, gezond eten, matig drinken en veilig vrijen****Beleideffecten**

De bevordering van een gezonde en sportieve leefstijl levert een belangrijke bijdrage aan de volksgezondheid, zoals blijkt uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV 2002). Het gaat daarbij voornamelijk om niet roken, meer bewegen, matig drinken, gezond eten en veilig vrijen. Met het beleid voor gezondheidsbevordering hebben wij de volgende doelen voor ogen:

- Niet roken: een vermindering van het aantal rokers in 2004 met 17,5% ten opzichte van 1999 (afname van 34% naar 28% rokers).
- Meer bewegen: een stijging van het aantal mensen die voldoen aan de normactiviteit van 40% (1998) naar 45% in 2005 en 50% in 2010. Bewegingsarmoede moet dalen van 12% (1998) naar 10% in 2005 en 8% in 2010 (uitgedrukt als een afname van inactiviteit). Bij burgers moet de kennis van voldoende bewegen toenemen, uitgedrukt als een toename van bekendheid met de inhoud van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, van 0% (1998) tot 50% in 2005 en 75% in 2010.
- Gezond eten: wij streven ernaar dat voeding in 2010 maximaal 10 energieprocenten verzadigd vet bevat. Prioriteiten voor 2004 zijn: preventie en reductie van overgewicht, bevorderen van groente- en fruitconsumptie en terugdringen van transvetzuren in de voeding. Transvetzuren zijn voor de volksgezondheid de meest ongunstige verzadigde vetzuren.
- Matig drinken: een vermindering van het aantal probleemdrinkers in 2004 met 11% ten opzichte van 2001 (afname van 9% naar 8% probleemdrinkers).
- Veilig vrijen: een stabilisering van het percentage (69%) jongeren dat veilig vrijt bij een wisselend contact.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Met ons beleid willen we het mogelijk en makkelijk maken dat de burger een gezonde keuze maakt. De verantwoordelijkheid voor de uiteindelijke keuze voor een gezond en sportief leven ligt natuurlijk bij de burger zelf. Bovendien is het realiseren van de beleidseffecten voor een groot deel afhankelijk van inspanningen van derden. Daar komt bij dat wij slechts een beperkte invloed hebben op relevante factoren als sociaal-economische ontwikkelingen en maatschappelijke trends. Ook is er veel commerciële marketing om ongezonde en verslavende producten aan de man te brengen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Bij de beleidsontwikkeling en -uitvoering van gezondheidsbevordering gaan we uit van een samenhangende aanpak. Dit betekent een combinatie van wet- en regelgeving en handhaving daarvan, inzet van goede, wetenschappelijk onderbouwde voorlichting, subsidies, onderzoek, overleg, productregulering, adequate zorg- en hulpverlening én een krachtig intersectoraal beleid.

#### *Subsidies*

Er worden subsidies verleend aan diverse preventie-instituten zoals Stivoro-Rookvrij, het Partnership Stop met Roken, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), het Trimbos-instituut, het Voedingscentrum, het Aids Fonds, de Stichting soa-bestrijding en het Kenniscentrum Overgewicht. De subsidies aan de preventie-instituten worden gebruikt om materiaal (onder meer folders, websites, lesmateriaal) en voorlichtingsmethodieken te ontwikkelen en om doelgroepspecifieke preventieactiviteiten (voorlichtingsavonden, workshops, counseling voor intermediairs, zoals gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en)) en leefstijlcampagnes uit te voeren.

#### *Wet- en regelgeving*

De gewijzigde Tabakswet treedt gefaseerd in werking. In 2004 zal gewerkt worden aan de invoering van het recht op een rookvrije werkplek en rookvrij openbaar vervoer.

Er is een wetsvoorstel dat de bestuurlijke boete in de Drank- en Horecawet (DHW) introduceert; wij willen dit voorstel eind 2004 invoeren. Met dit instrument beschikt de Voedsel en Waren Autoriteit/Keuringsdienst van Waren voor minder zware overtredingen van de Drank- en Horecawet over een aanvullend sanctiemiddel dat snel en slagvaardig kan worden toegepast in de bestuursrechtelijke handhavingpraktijk. De rechterlijke macht zal erdoor ontlast worden.

Verder is een wetwijziging DHW in voorbereiding voor een betere handhaving. In dit wetsvoorstel zullen de voornemens uit de Alcoholnota en het rapport van de Marktwerving Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW)-werkgroep «Openbare inrichtingen» worden geïmplementeerd.

#### *Overleg*

In 2004 zal er met betrekking tot tabak vooral overlegd worden om het publieke domein verder rookvrij te maken, met name in de horeca. De ontwikkeling van het alcoholbeleid blijft aan de orde komen in het Regulier Overleg Alcoholbeleid, waarin zo'n dertig betrokken maatschappelijke organisaties en belanghebbende marktpartijen zitting hebben. Periodiek wordt overlegd met maatschappelijke organisaties en het



bedrijfsleven over overgewicht; waar mogelijk wordt aangehaakt bij bestaande overlegstructuren zoals het Regulier Overleg Warenwet.

#### *Onderzoek*

In 2004 worden de resultaten opgeleverd van de in 2003 te starten evaluatie van het tabaksontmoedigings- en alcoholpreventiebeleid. Aan de hand hiervan zullen nieuwe streefcijfers worden vastgesteld voor het tabaks- en het alcoholbeleid. Een opvolger van de voedselconsumptiepeiling is in ontwikkeling. Er wordt gewerkt aan kwantitatieve streefcijfers voor overgewicht en groente- en fruitconsumptie.

#### *Voorlichting*

Met het oog op de invoering van de rookvrije werkplek, wordt in 2004 net als in 2003 geïnvesteerd in de voorlichting over en de ondersteuning van stoppen met roken. Daarnaast vindt reguliere jongerenvoorlichting plaats. Ook de alcoholvoorlichting zal voornamelijk gericht blijven op jongeren. Dit gebeurt met name via regionale zomercampagnes in vakantie-gemeenten.

Verder zal de hierboven vermelde introductie van de bestuurlijke boete in de Drank- en Horecawet worden begeleid met een informatiecampagne. De diverse leefstijlcampagnes lopen met ingang van 2004 via het campagneprogramma 2004–2007. Dit vindt plaats in nauwe samenwerking met de preventie-instituten.

#### *Handhavingsbeleid*

De handhavingactiviteiten zullen zich in 2004 concentreren op de rookvrije werkplek. Verder is de bescherming van de jeugd en dus het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrenzen uit de Tabakswet en de Drank- en Horecawet ook in 2004 een speerpunt. Dit toezicht wordt uitgevoerd door het agentschap Voedsel en Waren Autoriteit/Keuringsdienst van Waren.

#### *Accijnsverhoging*

Naast de bovenstaande instrumenten draagt ook de verhoging van de tabaksaccijns, waartoe het kabinet onlangs heeft besloten, bij aan de realisatie van deze doelstelling. Concreet betekent dit per 1 februari 2004 een verhoging van € 0,55 (inclusief B.T.W.) per pakje van 25 sigaretten respectievelijk 50 gram shag.

### **21.2.2 Gezondheidswinst door preventie, vroege opsporing en door het voorkomen van complicaties die leiden tot nieuwe ziekten**

#### **Beleids effecten**

Het beleid blijft erop gericht gezondheidswinst te behalen door ernstige en veel voorkomende ziekten te voorkomen. Het gaat hier om infectieziekten met ernstige klachten of overlijdensrisico en om (chronische) ziekten waarbij de juiste behandeling in een vroeg stadium latere complicaties en verergering kan voorkomen.

Bij infectieziekten gebruiken we hiervoor drie strategieën. De eerste is vaccinatie. Door goede vaccinatieprogramma's zijn mensen beschermd tegen de soms ernstige gevolgen van infectieziekten. Hierbij streven we in 2004 naar het behoud van een vaccinatiegraad van boven de 95% voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Voor het Nationale Programma Grieppreventie streven we naar een vaccinatiegraad van 80% (in 2001 75%). Het gaat om een programma voor risicogroepen en mensen van 65 jaar en ouder, die de griep prik gratis krijgen. In het RVP wordt gevacci-

neerd tegen verschillende infectieziekten en per ziekte worden meerdere prikken gegeven. De behaalde vaccinatiegraad per 1 januari 2002 loopt uiteen van 94,4 tot 97,2% voor difterie, kinkhoest, tetanus en polio (D(K)TP en DTP), van 95,4 tot 96,1% voor bof, mazelen en rubella (BMR), en van 95,3–96,0% voor Haemophilus influenzae type b (Hib). Daarnaast willen we de inhoud van de programma's zonedig aanpassen aan nieuwe wetenschappelijke inzichten. Dit zullen we doen op basis van het te verwachten Gezondheidsraad-advies. Daarbij wordt vanzelfsprekend ook rekening gehouden met een voldoende kosteneffectiviteit en budgettaire ruimte. Deze doelstelling meten we met vijfjaarlijkse beleidsevaluaties. Daarnaast zullen we de aansturing van het RVP verbeteren door de organisatie te vereenvoudigen en zullen we de voorlichting verbeteren om de huidige hoge vaccinatiegraad te behouden.

De tweede strategie bestaat uit het bestrijden van besmetting. Waar vaccinatie tegen ernstige infectieziekten niet mogelijk is, moet worden voorkomen dat mensen elkaar besmetten. Dat speelt bijvoorbeeld bij seksueel overdraagbaar aandoeningen (soa, waaronder HIV en chlamydia), maar ook bij meningitis of de multiresistente ziekenhuisbacteriën (MRSA). Voor deze ziekten beogen we – ondanks de toegenomen besmettingsdruk bij enkele ziekten – het aantal besmettingen te stabiliseren of te verminderen. Voor MRSA streven we naar stabilisatie op de huidige 0,5% multiresistente stammen van het totaal aantal SA-ziekenhuisbacteriën.

De derde strategie gebruiken we voor de dreiging met nieuwe, soms nog onbekende infectieziekten: een effectieve en doelmatige voorbereiding op de mogelijke komst van deze ziekten. Daarbij kan worden gedacht aan het Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). De Infectieziektenwet wordt zo aangepast dat wij meer bevoegdheden krijgen om nieuwe infectieziekten effectief te bestrijden. Door middel van vijfjaarlijkse beleidsevaluaties zullen we de doeltreffendheid en doelmatigheid van onze maatregelen toetsen.

Bij belangrijke chronische ziekten als kanker, hart- en vaatziekten, artrose, hypertensie, diabetes en COPD (chronic obstructive pulmonary disease) kan het aantal ziektegevallen worden beperkt, de ziektelast verminderd en druk op de zorg worden verlicht door een gezonde leefstijl, tijdige opsporing en ziektespecifiek preventiebeleid binnen de gezondheidszorg. Bij een gezonde leefstijl moet worden gedacht aan goede voeding, minder overgewicht, meer bewegen, niet roken en matig alcoholgebruik.

Vroegtijdige opsporing is in veel gevallen doelmatiger dan interventies aan het einde van de zorgketen. Bevolkingsonderzoek naar specifieke ziekten als borst- en baarmoederhalskanker en het uitvoeren van prenatale screenings worden doeltreffend uitgevoerd. Er wordt gestreefd naar een gemiddelde onderzoeksgraad van 80% bij bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Ook is het streven om de gemiddelde onderzoeksgraad bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker te brengen op 75% en om het bereik van de hielprik te handhaven op 99%. De huidige opkomst bij borstkankerscreening is nagenoeg 80%, maar bij baarmoederhalskanker is de opkomst 65%. Daarom wordt voor de baarmoederhalskankerscreening gezocht naar effectievere oproepmethoden. Bij ziektespecifiek preventiebeleid gaat het erom preventie in de ziekteketen te bevorderen. Dus ook ná de diagnose van de ziekte kan preventie bijdragen aan het voorkomen van erger en bijdragen aan een hogere effectiviteit van de behandeling. Vanuit het perspectief van preventie zal

dan ook bevorderd worden dat leefstijladviezen en begeleiding deel uitmaken van een adequate behandeling. Dit kan gerealiseerd worden door in overleg met betrokken partijen afspraken te maken over verantwoordelijkheid en aansturing van de centrale ketenregie, door te bevorderen dat risicoprofielen van patiënten worden opgesteld en door taakverschuiving binnen de zorg. In 2004 zullen we aan de hand van de «referentieziekte» diabetes mellitus met alle betrokkenen instrumenten ontwikkelen om preventie in de gehele ziekteketen te integreren, zodat alle partijen hun verantwoordelijkheid kennen én kunnen waarmaken. Op basis hiervan vindt besluitvorming plaats.

Om de doelstellingen te realiseren, werken we samen met het veld aan een goede kennisinfrastructuur, effectieve uitvoeringsorganisaties en een surveillance- en monitoringsysteem waarmee we nieuwe ontwikkelingen tijdig signaleren. Deze systemen vormen ook de basis voor de verantwoordingsgegevens over de hierboven genoemde kwantitatieve doelen. De infrastructuur voor infectieziektebestrijding wordt op onderdelen bestuurlijk versterkt.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

De systeemverantwoordelijkheid voor het bereiken van deze operationele doelstelling ligt bij ons. De verantwoordelijkheid voor de activiteiten die voor dit doel moeten worden uitgevoerd, ligt grotendeels bij andere partijen. Het gaat hier zowel om individuele gezondheidszorg als om veldorganisaties die verantwoordelijk zijn voor deelterreinen van het totale beleid rond ziektepreventie.

De surveillance en signalering van infectieziekten wordt uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), in opdracht van ons. Het ontwikkelen en borgen van de kennis is onze verantwoordelijkheid, maar wordt uitgevoerd door het RIVM, de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI), en enkele gespecialiseerde stichtingen en verenigingen zoals de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose (KNCV). De uitvoering van de infectieziektebestrijding is een gemeentelijke verantwoordelijkheid. De gemeenten worden hierbij ondersteund door eerdergenoemde kennisinstituten, die de GGD'en voorzien van protocollen, trainingen, gericht advies, ondersteuning bij lokale surveillance en voorlichtingsmateriaal.

Wij zijn verantwoordelijk voor de monitoring van niet-infectieziekten waar vroegtijdige opsporing relevant is. Wij zijn ook verantwoordelijk voor het ontwikkelen en borgen van de kennis over bevolkingsonderzoek naar verschillende ziekten. Onder onze verantwoordelijkheid worden de bevolkingsonderzoeken uitgevoerd door het CVZ. De adequate vervolgbehandeling valt onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

Er worden verschillende projecten gesubsidieerd. Zo verlenen wij subsidie aan GGD'en om een vaccinatieprogramma tegen hepatitis B uit te voeren bij mensen met veel wisselende seksuele partners en intraveneus drugsgebruikers. Daarnaast geven wij subsidie aan:

- Diverse instituten voor diagnostiek, voorlichting, onderzoek, surveillance en protocollering op het gebied van infectieziekten.
- Diverse instituten voor onderzoek en vroege opsporing van kanker en kwaliteitsverbetering van het leven bij kanker.

#### *Bijdrage aan agentschappen RIVM en NVI*

Er wordt een bijdrage gegeven aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI). Bij het agentschap RIVM gaat het om onderzoek en surveillance van infectieziekten. Bij het tijdelijk agentschap NVI gaat het erom de vaccins die in het RVP opgenomen zijn beschikbaar te stellen en te houden, advies te geven over de vaccins die in het RVP opgenomen moeten worden, en bestaande vaccins te verbeteren.

#### *Onderzoek*

Onderzoek naar ziektespecifieke preventie verloopt grotendeels via de meerjarenactiviteitenplanning van het RIVM. Het RIVM zal in 2004 onder meer onderzoek doen naar het effect van nieuw beleid, zoals de vaccinatie tegen meningokokken C en hepatitis B, en ondersteuning verlenen aan de voorbereiding op grootschalige epidemieën (onder andere door modellering). Daarnaast verloopt onderzoek naar nieuwe preventiemogelijkheden onder meer via het preventieprogramma van ZonMw.

#### *Voorlichting*

In 2004 zal aandacht worden besteed aan goede voorlichting over het RVP aan kinderen uit de doelgroep, hun ouders en uitvoerders. Verder geven gezondheidsbevorderende instellingen (GBI), zoals de Stichting soa-bestrijding, veel voorlichting.

### **Premiegerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

Via de regeling Subsidies ABWZ en ZFW (Ziekenfondswet) worden subsidies verstrekt voor:

- Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door regionale screeningsorganisaties onder regie van het CVZ.
- De landelijke griepvaccinatie van ouderen en risicogroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door de huisartsen. Bescherming van de gevaccineerde populatie tegen influenza leidt tot een forse reductie van ziekte in deze groep.
- De pre- en postnatale preventie bij zwangeren en pasgeborenen. Hiermee worden infectie- en stofwisselingsziekten vroegtijdig opgespoord en schadelijke gevolgen voor moeder en/of kind voorkomen. De landelijke coördinatie van het programma wordt verzorgd door het CVZ.
- De screening op familiale hypercholesterolemie. Deze wordt uitgevoerd door de Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie (StOEH) onder regie van het CVZ.
- De drempelvrije soa-behandelingen. Met deze subsidie wordt laagdrempelig onderzoek en behandeling van soa die niet via de huisarts verloopt gefinancierd. Doel is om door vroegtijdige opsporing nieuwe infecties en complicaties te voorkomen. Overigens wordt deze subsidie in 2004 herzien.

Als een verstrekking op basis van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) wordt het Rijksvaccinatieprogramma gefinancierd met

inbegrip van de hepatitis-B-vaccinatie bij kinderen van wie een of beide ouders afkomstig zijn uit een risicoland. Wij zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het RVP en stellen de randvoorwaarden vast. Het programma wordt uitgevoerd door de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en door de afdelingen jeugdgezondheidszorg van de GGD, die daarbij worden ondersteund door de entadministraties.

### **21.2.3 Toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige lokale voorzieningen van preventieve zorg**

#### **Beleids effecten**

Lokale voorzieningen van preventieve zorg dienen kwalitatief goed te zijn, doelmatig georganiseerd en voor iedereen toegankelijk. Wij willen de toegankelijkheid bevorderen en de kwaliteit van lokale voorzieningen van preventieve zorg garanderen. Ook werken we toe naar een betere samenwerking op nationaal en lokaal niveau met bedrijven, scholen en vertegenwoordigers van (lokale) zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De samenwerking tussen preventiepartners moet leiden tot een integraal (lokaal) gezondheidsbeleid, waarin zowel aandacht is voor het bevorderen van een gezonde leefstijl, als voor een leef- en werkomgeving die gezond en veilig is en die gezond gedrag stimuleert.

Met het beleid op dit gebied streven wij op termijn naar de volgende effecten:

- De bestuurlijke slagkracht van gemeenten in het gezondheidsbeleid is versterkt.
- De deskundigheid van de professionals werkzaam in de openbare gezondheidszorg en de arbozorg is versterkt of vergroot.
- Zowel op lokaal als op landelijk niveau is intersectorale samenwerking versterkt.

Hiervoor streven we op de korte termijn de volgende effecten na.

#### *Bestuurlijke slagkracht*

- Het streven is dat in 2004 alle gemeenten een actief gezondheidsbeleid voeren aan de hand van een gemeentelijke gezondheidsnota.
- Met de G4 en G26 zijn afspraken gemaakt om sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) terug te dringen. Deze afspraken (die het Beleidskader GSB 2005–2009 (Grotestedenbeleid) betreffen) zijn:
  1. Invoeren van een gezondheidsbenchmark.
  2. Inzet van specifieke voorzieningen voor de gezondheid en arbeidsmarktpositie van uitkeringsgerechtigden.
  3. Inzet van jeugdgezondheidszorg voor de risicojeugd.
  4. Bevordering van gezond leven in achterstandswijken door een integrale wijkgerichte aanpak.
  5. Verbeteren van de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg in achterstandswijken.
- In 2004 starten alle GGD'en met het op uniforme wijze verzamelen van gegevens over de gezondheidssituatie in hun werkgebied.
- Het streven is het aantal bedrijven dat een preventief gezondheidsbeleid voert van 12% in 2000 te laten toenemen naar 25% in 2005.

#### *Kwaliteit:*

- Wij streven er naar dat in 2005 75% van de bedrijfsartsen bekend is met de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs geneeskunde (NVAB).
- Uitbreiding van het aantal standaarden in de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (waaronder de standaard voor preventie van

kindermishandeling, een richtsnoer voor overgewicht en een richtsnoer voor preventieve opvoedingsondersteuning) en de medische milieukunde. Deze zullen in 2004 worden ontwikkeld. Aan GGD Nederland is opdracht gegeven een Landelijk Centrum Medische Milieukunde op te zetten voor de ontwikkeling van standaarden en protocollen op dit terrein. Ook is het Platform Jeugdgezondheidszorg operationeel, onder andere voor de implementatie van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (JGZ).

- In 2004 is een productenboek gereed voor de uitvoering van de taken medische milieukunde.
- Voor alle taken die onder de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) vallen, maakt de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) certificeringschema's in overleg met het veld. Maximaal twee jaar nadat die schema's zijn afgerond moeten de instellingen gecertificeerd zijn. Tabel 21.3 geeft inzicht in de planning van de certificatieschema's.

**Tabel 21.3: Certificering OGZ (Openbare Gezondheidszorg)**

Taakveld	Beoogde afronding gecertificeerd
Jeugdgezondheidszorg	December 2004
Medische milieukunde	Medio 2005
Gezondheidsbevordering	December 2005
Epidemiologie	December 2005
Openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz)	December 2006
Forensische geneeskunde	December 2006

Bron: voorstel Stichting HKZ, juli 2003

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Het bevorderen en beschermen van de volksgezondheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ons en van lokale overheden. De verantwoordelijkheid van gemeenten is verankerd in de Gemeentewet en in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Onze verantwoordelijkheden strekken zich uit tot het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de collectieve preventie en het instandhouden van een adequate onderzoeks- en ondersteuningsstructuur voor GGD'en en gemeenten op het terrein van opleidingen en deskundigheidsbevordering. Hierbij dragen wij de systeemverantwoordelijkheid.

Het toezicht op de uitvoering is in handen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het is ook de verantwoordelijkheid van overheden, zowel landelijk als lokaal, om andere partijen zoals burgers, maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven te wijzen op hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden voor een goede volksgezondheid.

Met het ministerie van BZK (Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties) wordt afgestemd over het te voeren Grotestedenbeleid met betrekking tot gezondheid in de grote steden.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

Diverse instellingen worden gesubsidieerd, waaronder de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH), de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) en de stichting Artsen Maatschappij en Gezondheid. Met subsidies stellen we deze instellingen in staat te zorgen voor een goede opleiding van de professionals die in het veld van de openbare gezondheidszorg werken. Ook worden diverse projecten en programma's gesubsidieerd die de bestuurlijke slagkracht van gemeenten helpen versterken en de kwaliteit van de professionele uitvoering verhogen. Zo ontvangt GGD Nederland een projectsubsidie om kennis en inzichten uit de GGD-en te ontsluiten en om de medische milieukundige functie van de GGD-en te versterken.

Verder stimuleren wij innovatie in de openbare gezondheidszorg, dat wil zeggen dat we de beleidsvoering op lokaal niveau ondersteunen en de werkwijzen in de openbare gezondheidszorg vernieuwen en verbeteren. Dat wordt mogelijk gemaakt door subsidie vanuit het Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg (Fonds OGZ).

#### *Specifieke uitkeringen*

De jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar wordt, aanvullend op het gedeelte dat al in het Gemeentefonds is opgenomen, gefinancierd door middel van de tijdelijke regeling Specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (RSU). Het gaat hier om gelden die vanuit de AWBZ zijn overgeheveld en in de periode 2003 t/m 2007 jaarlijks worden uitgekeerd aan gemeenten om het uniforme gedeelte van het basistakenpakket uit te voeren.

#### *Convenants*

Op 27 mei 2002 hebben VWS, de Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten een convenant getekend op het gebied van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Voor 2004 betekent dit dat de uitvoering van de hiepprik en de neonatale gehoorscreening op elkaar worden afgestemd.

#### *Onderzoek*

Via de budgetten van ZonMw en het Fonds OGZ worden programma's mogelijk gemaakt op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Via de Doelsubsidie TNO (Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek) worden onderzoek en kwaliteitsverbetering bewerkstelligd op het terrein van arbeid en gezondheid en JGZ.

### **21.2.4 Activiteiten coördineren rond de beheersing van crisis en rampen en de nazorg hierbij op het gebied van de volksgezondheid**

#### **Beleidseffecten**

Crisisbeheersing is er in eerste instantie op gericht te zorgen voor een zodanige structuur en maatregelen dat de kans op en de gevolgen van (grootschalige) incidenten en crises zo gering mogelijk zijn. Voor het ministerie van VWS gaat het daarbij o.a. om voorbereiding op de (gezondheids)gevolgen van nucleaire, biologische en chemische aanslagen en gevolgen voor de voedselveiligheid.



Wij houden daartoe een crisisbeheersingsorganisatie in stand. Wij zorgen ervoor dat snel een departementale crisiscoördinatie geactiveerd kan worden, die bestaat uit een departementaal crisiscoördinatiecentrum en een beleidsteam. Verder zijn wij belast met het geven van verwanteninformatie bij een crisis of ramp. Hierdoor kan snel informatie worden verkregen over betrokkenheid van (vermiste) familieleden of vrienden bij rampen.

Wij coördineren en faciliteren activiteiten die verband houden met de nasleep van crises en rampen, zoals Enschede en Volendam. Het gaat hierbij onder meer om de psychosociale nazorg, gezondheidsonderzoeken en een getroffenemonitor.

Verder initiëren we de voorbereiding die intern en in het veld nodig is op een eventuele uitbraak van infectieziekten zoals SARS, pokken etc. en aanslagen met nucleaire, biologische en chemische wapens. Hiertoe is bijvoorbeeld een nationaal draaiboek vaccinatie pokken ontwikkeld. In 2004 moet 100% van de gemeenten over een eigen draaiboek beschikken.

In mei 2003 is het beleidsprimaat rond de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) van het ministerie van BZK overgedragen naar VWS. Het ministerie van BZK blijft systeemverantwoordelijk.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Voor acute noodsituaties zullen wij maatregelen en voorzieningen moeten treffen om de gezondheidszorg voor de samenleving te waarborgen. Crisisbeheersing is erop gericht schadelijke gevolgen zo veel mogelijk te beperken door middel van goede preparatie, respons en nazorg. De GHOR is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van BZK en VWS. Het slachtoffer, dat van de ongevallocatie tot in het ziekenhuis continu zorg op maat ontvangt, vormt daarbij het uitgangspunt. Ons beleid beoogt een snel en adequaat optreden op departementaal niveau mogelijk te maken. Het realiseren hiervan is voor een groot deel afhankelijk van kwantitatief en kwalitatief beschikbare voorzieningen (mensen en middelen waaronder protocollen en handboeken en inspanningen als oefenen en trainen). Daarnaast vervullen wij de regierol en creëren randvoorwaarden voor optimale crisisbeheersing voor sleutelfiguren in het zorgveld.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

Wij verstrekken subsidies aan de volgende instanties:

- GGD Twente om een Gezondheidsmonitor Getroffenen Vuurwerkkramp Enschede te houden.
- Nederlands Rode Kruis om de voorziening voor verwanteninformatie te verbeteren en in stand te houden. Deze subsidie is verstrekt naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie-Oosting.
- Diverse instellingen voor de psychosociale nazorg in Enschede en Volendam.
- Via ZonMw voor het uitvoeren van het onderzoeksprogramma naar de keten traumatologie en GHOR.

##### *Bijdrage aan agentschap RIVM*

Wij leveren een financiële bijdrage om een kenniscentrum gezondheidsonderzoek in stand te houden en om gezondheidszorgonderzoek uit te

voeren met betrekking tot de vuurwerkcramp in Enschede en om de gezondheidseffecten van de vogelpest te onderzoeken.

#### *Overleg*

In interdepartementaal verband wordt, in overleg met het bedrijfsleven, meegewerkt aan het project Bescherming vitale infrastructuur.

#### *Overig*

Daarnaast zorgen wij voor de organisatie en het instandhouden van de logistieke en materiële structuur voor het departementale coördinatiecentrum, en de kwaliteitsborging hiervan. Het gaat om training en oefeningen van het crisistelefoonteam, oefenen van het departementale crisiscentrum, het onderhouden en bijstellen van handboeken en de implementatie van het beleidsplan crisisbeheersing 2003–2007.

### **21.2.5 Het maken van beleid gericht op de bescherming van de gezondheid van de consument**

Dit beleid richt zich op voeding en voedselveiligheid, productveiligheid en letselpreventie en informatievoorziening aan de consument zodat die verantwoorde keuzes kan maken.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Voor product- en voedselveiligheid dragen wij systeemverantwoordelijkheid. Wij stellen een kader van norm- en regelgeving in met name de Warenwet en de Bestrijdingsmiddelenwet. Binnen dat wettelijke kader zijn de producent en de verhandelaar primair verantwoordelijk voor het op de markt brengen van veilige consumentenproducten en levensmiddelen. Voor letselpreventie en gezonde voeding heeft de burger zelf een belangrijke verantwoordelijkheid als consument van de voeding, producten en diensten. Wij stellen die burger of consument zo goed mogelijk in staat risico's te verkleinen die zijn verbonden met het op onveilige of niet verantwoorde wijze gebruik maken daarvan. Wij gebruiken daarvoor onder meer massamediale voorlichtingscampagnes en op specifieke groepen gerichte interventieprogramma's. Hierbij worden alle belangrijke partijen betrokken, zoals GGD'en, scholen, bedrijfsleven, sportorganisaties en zorginstellingen. Wij stellen via subsidies instellingen als Consument en Veiligheid en Voedingscentrum Nederland in staat deze activiteiten te verzorgen. De burger wordt op deze manier ook in zijn eigen omgeving, door bekende en vertrouwde kanalen, geïnformeerd over de risico's, maar ook over voorzorgsmaatregelen die hij of zij zelf kan treffen.

#### **a. Voeding en voedselveiligheid**

##### **Beleideffecten**

Wij streven de volgende effecten na:

- Minder voedselinfecties. Hiertoe zetten wij in op een verbod op de aanwezigheid van Salmonella- en Campylobacter-bacteriën op rauw pluimveevlees voor de consument in 2006 (ziektekiemen zijn in rauwe producten nooit helemaal te vermijden; daarom wordt dit streven vertaald in «aanwezigheid op een laag niveau (nul+)» of «nagenoeg ziektekiemvrij»).
- Doorbreken van de kringloop van belangrijke ziekten die van dier op mens over kunnen gaan (zoönosen), te beginnen bij BSE (Boviene Spongiforme Encéfalopathie).

- Voorkómen dat consumenten voedingsmiddelen krijgen met te hoge gehalten aan agrarische, industriële, milieu- of procesverontreinigingen.
- Voedingsmiddelen afkomstig van genetisch gemodificeerde organismen (GGO's) en nieuwe voedselingrediënten moeten veilig zijn.
- Een toename van het geven van borstvoeding. In 2000/2001 kreeg 18,5% van de kinderen zes maanden borstvoeding. Wij streven ernaar dit te verhogen naar 22% in 2008.
- Minder inname van verzadigd vet en ongunstige vetzuren door het gehalte daarvan in voedingsmiddelen te verlagen. In 1995 vormden transvetzuren 2% van de totale energie-inname. Wij streven ernaar dit te verlagen tot 1% in 2010. In 1997/1998 was de energie-inname aan verzadigd vet 12%. Wij streven naar een daling tot 10% in 2010.
- Voorkómen dat consumenten in voeding te veel of te weinig belangrijke vitaminen respectievelijk mineralen gebruiken, zoals foliumzuurprofylaxe (ter voorkoming van baby's met een open ruggetje).

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Wet- en regelgeving*

De Nederlandse wet- en regelgeving worden steeds meer gedomineerd door Europese regelgeving en internationale (WHO/FAO-)normen (World Health Organization/Food and Agriculture Organization). Dat vereist een sterke, onderling goed gecoördineerde inbreng in de internationale overlegorganen door Nederland.

Nederland is binnen Europa nog steeds een van de landen met veel aanvragen voor nieuwe voedingsmiddelen of nieuwe voedselingrediënten. De Gezondheidsraad beoordeelt die aanvragen.

Nederland streeft in EU-verband naar een goed werkend communautair instrument om gezondheidsclaims te beoordelen; hierbinnen moet ruimte zijn voor nationale beoordeling op basis van zelfregulering.

In 2004 streven we naar integratie van de KAG-code (Keuringsraad Aanprijzing Gezondheidsproducten) en de gedragscode van het Voedingencentrum voor het gebruik van gezondheidsclaims in een nieuwe toetsingsprocedure. Hiervoor hebben alle betrokkenen in 2003 als eerste stap een intentieverklaring getekend. In 2004 wordt in EU-verband gewerkt aan een gezamenlijk beleid voor het verrijken van voedingsmiddelen. Ook worden voor voedingssupplementen en voor verrijking de veilige maximale hoeveelheden vastgesteld die een consument per dag zonder risico mag gebruiken.

In EU-verband is een omvangrijk wetgevingstraject gaande voor genetisch gemodificeerde organismen (GGO's). Het gaat onder andere om het aanscherpen van de etiketteringeisen zodat de consument beter kan kiezen. In relatie hiermee en om effectief op te treden bij een recall (uit de handel halen van potentieel schadelijke voedingsmiddelen), wordt ook gewerkt aan een effectief traceerbaarheidssysteem. Hoe de traceerbaarheid wordt uitgewerkt, is aan de lidstaten overgelaten.

#### *Onderzoek/monitoring*

Veel aspecten uit het regeringsstandpunt over het advies van de Gezondheidsraad over voedselinfecties (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 26 991, nr. 64) leiden tot extra onderzoek om de gewenste vermindering van voedselinfecties te bereiken. In 2004 zullen onderzoeken

worden voortgezet naar de belangrijkste veroorzakers en de kostenaspecten van voedselinfecties, ook met betrekking tot langdurige gezondheidseffecten.

#### *Voorlichting/communicatie*

Prioriteit heeft het aanpassen van de samenstelling van voedingsmiddelen door een verbeterde vetzuursamenstelling. Het bedrijfsleven heeft hiervoor de Taskforce Vetten ingesteld, die op dit onderwerp nauw samenwerkt met het Voedingscentrum. Daarnaast hebben wij het Voedingscentrum gevraagd na te gaan hoe de consument beter geïnformeerd kan worden over de verschillende soorten gunstige én ongunstige vetten.

De vijfjarige campagne «Borstvoeding verdient tijd» van het Voedingscentrum wordt in 2004 voortgezet.

#### *Aansturing/handhaving*

Om een sterke onafhankelijke organisatie op het gebied van de voedselveiligheid te stimuleren, is de status van tijdelijk agentschap verleend aan de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA). In de VWA zijn de agentschappen Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees (RVV) en Keuringsdienst van Waren (KvW) opgenomen. De KvW levert via het signaleren/adviseren en handhaven op de terreinen eet- en drinkwaren en veterinaire zaken een belangrijke bijdrage aan de bescherming van de gezondheid van de consument. Wij zijn de enige opdrachtgever van de KvW. De aansturing-relatie zal worden vormgegeven door een directe koppeling te leggen tussen activiteiten en de daarvoor benodigde middelen. Hiervoor is in 2003 reeds een aanzet gegeven.

## **b. Productveiligheid en letselpreventie**

### **Beleids effecten**

Externe factoren spelen een belangrijke rol bij de te bereiken effecten. Bijvoorbeeld: de vergrijzing, de veranderende samenstelling van de bevolking, de toegenomen welvaart, risicozoekend gedrag en grotere mobiliteit en activiteit van de Nederlandse bevolking.

Wij streven de volgende effecten na:

- Verdere afname van het aantal privé-ongevallen. In 2006 moet het aantal ongevallen, ondanks de genoemde maatschappelijke ontwikkelingen die zich verder door zullen zetten, in ieder geval op het niveau van de beginjaren negentig zijn teruggebracht. Dat is 700 000 SEH-behandelingen (spoedeisende hulp). In 2001 waren er nog 750 000 SEH-behandelingen.
- Een daling van het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen (van 0 tot 4 jaar) van 5% in 2006 ten opzichte van 2001. Het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen daalt, maar is nog steeds onnodig hoog. In 2001 werden 6 200 op de 100 000 kinderen op de spoedeisende hulp behandeld.
- Een vermindering van het aantal doden en gewonden als gevolg van branden in de privésfeer met 10% in 2006 ten opzichte van 2001. Branden veroorzaken jaarlijks in de privé-sfeer 1 700 ongevallen. Het aantal ernstig gewonden bedroeg in 2001 ongeveer 800. Dit is een stijging met 30% in de laatste vijf jaar.
- Weren van onveilige producten. Producten kunnen behalve letsel ook andere soorten gezondheidsschade opleveren. Het beleid is er daarom

ook op gericht producten voor de consument te weren die wezenlijke chemische, microbiologische of stralingsrisico's opleveren voor zijn gezondheid en veiligheid.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Wet- en regelgeving*

In het kader van de Europese normalisatie zal verder worden gewerkt aan het ontwikkelen van normen voor productgroepen voor specifieke kwetsbare doelgroepen (ouderen, kinderen) en producten die statistisch tot veel ongevallen leiden.

In 2004 wordt de gewijzigde Warenwet van kracht. Deze wijziging is het gevolg van de nieuwe Algemene productveiligheidsrichtlijn van de EG (APV-richtlijn). Dankzij de aanpassing wordt de Warenwet een nog completer instrument om de consument tegen onveilige producten te beschermen. Zo wordt er de bevoegdheid in opgenomen om te gelasten tot het terughalen van een product. Ook komt in de wet een meldingsplicht van onveilige producten voor het bedrijfsleven en een wettelijke status voor Europese productveiligheidsnormen. Voor een aantal productgroepen waarvoor geen specifieke Europese wettelijke voorschriften bestaan, worden in het kader van de APV-richtlijn naar verwachting Europese veiligheidsnormen opgesteld.

#### *Onderzoek*

In 2004 wordt onderzoek gedaan naar de brandveiligheid van huishoudelijke apparatuur en versieringsmateriaal, het gebruik van desinfecterende middelen in zorginstellingen en legionella in relatie tot warmwatertoestellen in woningen. Waar het gaat om het legionellarisico in woningen, moet inzicht worden verkregen in de rol van het ontwerp van en de materialen in warmwatertoestellen. Ook wordt een verkenning gedaan naar de specifieke relatie tussen productveiligheidsnormstelling en het voorkomen van letsels of andere gezondheidsschade (effecten van productveiligheidswetgeving).

Daarnaast doet Consument en Veiligheid vanuit de basissubsidie structureel onderzoek naar kwaliteit en effect van acties die het gedrag van mensen beïnvloeden. Ook voert zij risicobeoordelingen uit voor producten die bestemd zijn voor «kwetsbare consumenten» of mensen die vaak betrokken zijn bij ongevallen en de leefomgeving. Verkennend wordt gekeken naar de effecten van productveiligheidswetgeving op letselreductie en het voorkomen van andere vormen van gezondheidsschade. In Europees verband wordt deelgenomen aan een verkennend onderzoek naar de veiligheid van diensten aan consumenten en de hiervoor gebruikte producten. Een door Consument en Veiligheid en Erasmus Universiteit Rotterdam ontwikkelde rekenmethodiek voor directe medische kosten wordt uitgebreid naar maatschappelijke kosten.

#### *Voorlichting/communicatie*

Consument en Veiligheid geeft vanuit de basissubsidie, als onderdeel van de verschillende preventieprogramma's, voorlichting om veilig gedrag te bevorderen. Daarnaast geeft ze voorlichting over de veiligheid van producten en de leefomgeving. In 2004 staat, onder het motto Veilig Slapen, met name preventie van verstikkingsongevallen bij 0- tot 4-jarigen op het programma.

### *Aansturing/handhaving*

Wij zullen het agentschap VWA/KvW nog meer dan voorheen aansturen op een directe koppeling van prestatiegegevens en bijbehorende kosten. De VWA/KvW bevordert het naleven van voorschriften met betrekking tot de productveiligheid van consumentenartikelen door handhaving, signalering/advisering en gerichte consumentenvoorlichting.

## **21.2.6 Een integrale programmering van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten op het terrein van de volksgezondheid en zorg**

### **Beleidseffecten**

Met de integrale programmering van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten wordt beoogd dat kennisontwikkeling en -implementatie doelmatig en doeltreffend plaatsvinden. Het gaat met name om de programmering van onderzoek ter ondersteuning van het VWS-beleid (inclusief toezicht van IGZ) door het RIVM en innovatieactiviteiten voor de zorg- en preventiesector, zoals uitgevoerd via de intermediaire organisaties ZonMw en NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek).

De nieuwe afspraken die in 2003 met ZonMw en RIVM zijn gemaakt, zullen in 2004 moeten leiden tot meer efficiëntie en rendement van de onderzoeksansturing. Centraal staan: scherpe prioriteitstelling, het creëren van een waarborg voor de kwaliteit van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten, inhoudelijke afstemming en samenhang tussen kennisactiviteiten en een zakelijke samenwerking met kennisinstututen en intermediairs.

De opdrachtverlening aan ZonMw is toegespitst op het ontwikkelen van instrumenten voor de preventie- en zorgsector om de kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid van preventie en zorg te verhogen. Prioritaire gebieden in 2004 zijn: kwaliteit en doelmatigheid van zorg; preventie; langdurende zorg en de zorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen; cliënt- en patiëntgerichtheid van zorg en zorgstelsel; de vertaling van meer fundamenteel onderzoek naar concrete, medisch-technologische toepassingen.

Het RIVM verricht onderzoek ter ondersteuning van beleid en toezicht, in 2004 met name gericht op risicobeoordeling op het gebied van infectieziekten, geneesmiddelen, en voedsel- en productveiligheid. Het RIVM treedt op deze gebieden op als calamiteitenorganisatie, als de ernst van de calamiteit dit noodzakelijk maakt. Daarnaast verschaft het RIVM inzicht in de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, trends daarin en de effecten op de zorgvraag. In 2004 zal gestart worden met de voorbereiding van de volgende Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV). Ook zal het RIVM een bijdrage leveren aan de beoordeling van de effectiviteit van preventie-interventies.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn (mede) verantwoordelijk voor de instandhouding van een kennisinfrastructuur, ter ondersteuning van beleid en toezicht en voor innovatie. Deze verantwoordelijkheid uit zich in de positionering van RIVM en ZonMw onder onze ministeriële verantwoordelijkheid, respectievelijk als agentschap en zelfstandige bestuursorgaan (zbo). De taken van de beide organisaties voor de langere termijn zijn wettelijk verankerd en nader uitgewerkt in aanvullende documenten.

Als opdrachtgever van beide instituten zijn wij ervoor verantwoordelijk de onderzoeksvragen goed te verwoorden en duidelijkheid te verschaffen over opdrachtverlening op korte en langere termijn. Wij zijn ook verant-

woordelijk voor een zekere mate van eenheid van aansturing van de betrokken organisaties. Wij bepalen de terreinen waarop de onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten plaats moeten vinden. Ook zijn wij ervoor verantwoordelijk de doelstellingen te formuleren die met de onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten gerealiseerd moeten worden.

RIVM, ZonMw en NWO moeten een efficiënte en transparante bedrijfsvoering realiseren, met een klantvriendelijke en resultaatgerichte werkwijze. De intermediaire organisaties ZonMw en NWO zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen van programma's op basis van de door ons geformuleerde doelstellingen, het laten uitvoeren, subsidiëren en monitoren van de projecten en het effectief overdragen van de ontwikkelde kennis aan de sector. Hiervoor stellen wij programmabudgetten beschikbaar, in het bijzonder aan ZonMw, als uitvoeringsorganisatie van ZON en NWO-Medische Wetenschappen (NWO/MW).

Het RIVM ontwikkelt onderzoeksprogramma's op basis van de door ons geformuleerde vragen en voert deze in nauw overleg met het departement uit. Als zich calamiteiten voordoen, zorgt het RIVM ervoor dat de noodzakelijke expertise in de juiste omvang beschikbaar is om het departement te ondersteunen.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Bijdragen en subsidies*

- Bijdrage aan ZonMw. Jaarlijks formuleren wij een samenhangende opdracht voor programmering aan ZonMw. Deze opdracht kent voldoende evenwicht tussen de te onderscheiden aandachtsgebieden preventie en zorg. Via periodieke rapportages van ZonMw zullen wij de voortgang bewaken, zowel inhoudelijk als financieel. Waar nodig zullen wij de uitvoering van de programma's bijsturen. De werkwijze tussen VWS en ZonMw is vastgelegd in het handboek VWS-ZonMw.
- Bijdrage aan NWO(-Medische Wetenschappen). Jaarlijks formuleren wij opdrachten aan NWO, met name voor wat betreft het gebiedsbestuur Medische Wetenschappen. Wij streven ernaar om de opdrachtverlening zo veel mogelijk te laten aansluiten bij de werkwijze met ZonMw.
- Bijdrage aan het agentschap RIVM. Vanaf 2004 is het RIVM een agentschap en wordt de bijdrage aan het RIVM direct gekoppeld aan de opdrachtverlening. Via periodieke rapportages van het RIVM zullen wij de voortgang bewaken, zowel inhoudelijk als financieel. Waar nodig zullen wij de uitvoering van de programma's bijsturen. De afspraken tussen RIVM en opdrachtgevers worden formeel vastgelegd.



## 21.3 Budgettaire gevolgen van beleid

### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>224 437</b>	<b>1 128 865</b>	<b>208 351</b>	<b>191 324</b>	<b>194 832</b>	<b>218 989</b>	<b>397 674</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>230 079</b>	<b>427 081</b>	<b>420 799</b>	<b>404 995</b>	<b>401 692</b>	<b>398 166</b>	<b>398 164</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>224 894</b>	<b>420 946</b>	<b>414 897</b>	<b>399 430</b>	<b>396 156</b>	<b>392 630</b>	<b>392 628</b>
Gedraggerichte gezondheidsbevordering <i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>	15 428 4 538	29 722 5 038	18 312 5 038	17 356 5 038	16 736 5 298	16 402 5 298	16 401 5 298
Voorkoming/opsporing (niet)infectieziekten <i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>	42 444 0	29 764 13 303	29 025 13 372	27 585 13 219	27 615 13 055	26 893 13 053	26 892 13 053
Toegankelijkheid en kwaliteit OGZ <i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>	21 852 0	187 246 0	191 897 740	194 712 740	194 598 740	193 599 740	193 599 740
<i>waarvan specifieke uitkering</i>	16 456	177 081	176 108	175 995	175 995	175 995	175 995
Coördinatie/nazorg bij crises en rampen <i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>	4 480 0	18 228 0	10 453 1 100	7 553 1 100	7 167 1 100	6 293 1 100	6 293 1 100
Consumenten- en productveiligheid <i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>	81 221 0	79 249 0	83 278 70 376	78 815 69 608	76 574 68 909	76 088 68 934	76 088 68 934
Programmering onderzoek/ontwikkeling <i>waarvan bijdrage aan ZBO</i>	59 469 7 143	76 737 6 870	81 932 6 870	73 409 6 870	73 466 6 870	73 355 6 870	73 355 6 870
<i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>	0	0	18 108	17 837	17 337	17 397	17 397
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>5 185</b>	<b>6 135</b>	<b>5 902</b>	<b>5 565</b>	<b>5 536</b>	<b>5 536</b>	<b>5 536</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>28 009</b>	<b>21 606</b>	<b>8 755</b>	<b>8 755</b>	<b>8 755</b>	<b>8 755</b>	<b>8 755</b>

### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	420 799	404 995	401 692	398 166	398 164
2. Waarvan apparaatsuitgaven	5 902	5 565	5 536	5 536	5 536
3. Dus programma-uitgaven	414 897	399 430	396 156	392 630	392 628
Waarvan op 1 januari 2004					
4. Juridisch verplicht	91% 375 826	58% 233 303	58% 230 492	58% 227 646	13% 50 773
5. Bestuurlijk gebonden	0% 0	32% 126 509	30% 119 142	30% 119 227	30% 119 227
6. Beleidsmatig gereserveerd	9% 39 071	10% 39 618	12% 46 522	12% 45 757	57% 222 628
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
8. Totaal	100% 414 897	100% 399 430	100% 396 156	100% 392 630	100% 392 628

De belangrijkste juridische verplichtingen zijn de tijdelijke regeling Specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (t/m 2007), programmagelden ZorgOnderzoek Nederland en de onderzoeksgelden NWO/MW. De bestuurlijk gebonden uitgaven betreffen de aangegane verplichtingen voor de structureel gefinancierde instellingen en de bijdragen aan agentschappen zoals VWA en RIVM. De beleidsmatige reserveringen zijn opgebouwd uit o.a. de tijdelijke regeling Specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (vanaf 2008), de nota «Preventiebeleid», de Infectieziektenwet en activiteiten op het gebied van de crisisbeheersing en rampen.

Premie-uitgaven (Bedragen x € 1 000 000)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Preventieve zorg	185,6	185,2	185,3	185,3	185,3	185,3
Ouder- en kindzorg/dieetadvisering	24,1	24,1	24,1	24,0	24,0	24,0
Groeiruinimte preventie en gezondheidsbescherming	0,8	1,6	2,4	3,2	4,0	4,0
Totaal	210,4	210,8	211,7	212,5	213,3	213,3
Procentuele mutatie		0,2	0,4	0,4	0,4	

In bovenstaande tabel zijn de ramingen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van preventie en gezondheidsbescherming.

In deze ramingen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Voorjaarsbrief Zorg 2003 en het Hoofdlijnenakkoord verwerkt. Onderaan de tabel is de gereserveerde groeiruinimte afzonderlijk weergegeven. Voor een toelichting op de verdeling van deze middelen over de verschillende zorgsectoren wordt verwezen naar de bijlage FBZ. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor 2003 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2004 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

#### 21.4 VBTB-paragraaf

Voor de operationele doelstellingen 21.2.1 t/m 21.2.4 is het Project Indicatoren Preventie (PIP) gestart. Het project heeft tot doel:

- De meetbaarheid van de beoogde effecten van de vier operationele doelstellingen te verhogen.
- Inzicht te vergroten in de doeltreffendheid en doelmatigheid van de beleidsinstrumenten die worden ingezet om de beoogde effecten te realiseren.

Het PIP kent vier stappen:

1. Herontwerp van een preventiedoelenboom mede in het licht van de nota «Preventiebeleid». Doel is om de (geactualiseerde) beleidsdoelen te inventariseren en te onderscheiden naar verschillende niveaus, zoals uitkomst- en effectniveau.
2. Benoemen van geactualiseerde indicatoren die weergeven in hoeverre de nieuwe beleidsdoelstellingen zijn gehaald; registratie van de indicatoren bewerkstelligen. Hiervoor wordt een overzicht gemaakt van de indicatoren die zijn opgenomen in een registratiesysteem en van indicatoren die nog niet worden geregistreerd. Voor de meting van indicatoren waarvoor nog niet de juiste gegevens beschikbaar zijn, wordt een plan van aanpak gemaakt.
3. Implementeren van een actieplan voor de registratie en monitoring van indicatoren voor de begroting 2005.
4. Het Project Indicatoren Preventie dient als input en wordt afgestemd met de ontwikkeling van het raamwerk van prestatie-indicatoren, die departementsbreed plaatsvindt.

De doelenboom is in de tweede helft van 2003 beschikbaar. Een plan van aanpak voor de verzameling van gegevens en het borgen van systematische dataverzameling is beschikbaar in de eerste helft van 2004. In het Brancherapport Preventie, dat in mei 2004 verschijnt, zullen de eerste

resultaten van het project PIP worden gerapporteerd. Vanaf de tweede helft van 2004 zullen gegevens worden verzameld en kan de aanlevering van gegevens starten.

Ook wordt gewerkt aan een benchmarksysteem voor GGD'en. Hiermee worden prestatiegegevens ontwikkeld voor deze gemeentelijke diensten.

In 2004 gaat een nieuw voedselconsumptiesignaleringsstelsel van start om betrouwbare informatie te krijgen over de voedselconsumptie in Nederland.

Het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid (C&V) dat onder meer ongevallen in de privé-sfeer registreert, is in 2003 verder verbeterd met betrekking tot betrokken producten, soorten omgevingen, toedrachten en groepen slachtoffers. Nieuwe indicatoren voor ongevalletsels maken stapsgewijs onderlinge prioritering en vergelijking met andere aandoeningen en ziektes mogelijk. Dit wordt voortgezet in 2004.

In 2003 hebben derden – waaronder het bedrijfsleven – gebruik kunnen maken van de kennisdatabank die de C&V de afgelopen jaren heeft opgebouwd over effectieve interventiemethoden («wat werkt waar»). In 2005 wordt dit proces naar verwachting afgerond. Het operationele kostenmodel voor privé-ongevallen (wat kost een privé-ongeval en wat valt te besparen met het voorkómen ervan) wordt in 2004 verder uitgewerkt. In 2006 kan het model ook worden gebruikt om andere kosten dan de directe medische kosten te berekenen. In 2004 wordt de kennisdatabank verder ontsloten die C&V de afgelopen jaren heeft opgebouwd over effectieve methoden om privé-ongevallen te voorkomen.

Het internationale classificatiesysteem over de oorzaken van ongevallen (ICECI) is in 2003 klaar voor gebruik. Dit systeem heeft als doel ongevalregistraties op internationaal niveau onderling vergelijkbaar te maken.

De Monitor Ongevallen en bewegen in Nederland (ObiN) levert op basis van een landelijk enquêteonderzoek aanvullende informatie over onder andere de relatie tussen bewegen en letsels. Deze monitor wordt in 2004 voortgezet en verbeterd.

In tabel 21.4 is een overzicht opgenomen van de evaluatieprogrammering op het gebied van preventie en gezondheidsbescherming.

**Tabel 21.4: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Operati- onele doelstelling	Geplande uitvoering
Evaluatie vaccinatieprogramma	21.2.2	Vijfjaarlijks
Voorkomen, doven of beperken van de besmetting met nieuwe infectieziekten	21.2.2	Vijfjaarlijks
Evaluatie aanpak en organisatie gezondheidsonderzoek vogelpest	21.2.4	2004
Evaluatie departementale contactgroep Crisisbeheersing/Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen	21.2.4	2004
Onderzoek ongevallen en bewegen in Nederland	21.2.5	2002–2005
Evaluatie Wet op ZorgOnderzoek Nederland	21.2.6	begin 2004
Evaluatie nieuwe werkwijze tussen de opdrachtgevers VWS en RIVM, zoals ingevoerd bij de omvorming van het RIVM tot agentschap	21.2.6	2004

## BELEIDSARTIKEL 22: CURATIEVE ZORG

### 22.1 Algemene doelstelling:

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

Mensen in Nederland die ziek zijn, krijgen te maken met zorgaanbieders die werkzaam zijn in de curatieve zorg. Het gaat om eerstelijnszorg (huisartsenzorg, paramedische zorg, verloskundige zorg, kraamzorg en mondzorg), tweedelijnszorg (medisch-specialistische zorg), maar ook om ambulancezorg.

Vrijwel alle curatieve zorg bevindt zich in het zogenoemde tweede compartiment en valt thans onder de Ziekenfondswet. Deze zorg wordt voor particulieren gedekt door (niet-verplichte) ziektekostenverzekeringen; kleinere delen, zoals mondzorg en (een deel van) de fysiotherapie, vallen in het derde compartiment.

De belangrijkste regelgeving die betrekking heeft op de curatieve zorg bestaat uit de ZFW (Ziekenfondswet), de WZV (Wet ziekenhuisvoorzieningen; de wet die regelt wanneer een instelling mag investeren in zijn infrastructuur), de WTG (Wet tarieven gezondheidszorg; de prijzenwet die tarieven en budgetten voor de zorgaanbieders regelt) en de WBMV (Wet bijzondere medische verrichtingen; deze wet geeft de minister het instrumentarium om een vergunnings- of aanwijzingsregime voor bepaalde verrichtingen te hanteren).

Op dit moment bevindt de curatieve zorg zich in een overgangsfase. Veel trajecten, projecten en experimenten zijn erop gericht het aantal vrijheidsgraden voor de lokale partijen (patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) te vergroten. Hierdoor wordt het ondernemerschap gestimuleerd. Maatwerk (vraaggericht) en een doelmatigere aanpak (bijvoorbeeld door elementen van marktwerking te introduceren) zijn dan beter mogelijk. Met deze omslag wordt beoogd de zorgverlening in de (nabije) toekomst beter aan te laten sluiten bij de wensen van de patiënt; burgers krijgen daarbij te maken met meer eigen verantwoordelijkheid en de vrije keuze in de zorgverzekering.

#### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen wij u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 22.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	2 854	7 301	16 194	16 194
Korting op projectsubsidies	2 719	5 087	4 035	5 701

## Premiemaatregelen

Het kabinet heeft bij het aantreden voor de zorg een bezuiniging vastgesteld van € 1 miljard aan pakketmaatregelen. Daarnaast zijn extra bezuinigingen noodzakelijk, ondermeer ter facilitering van de voorziene extra productie. Op dit beleidsartikel worden in de sfeer van de premie-uitgaven de volgende specifieke maatregelen genomen:

Maatregel	2004	2005	2006	2007
Overig ziekenvervoer uit pakket	135	135	135	135
Beperking fysiotherapie	375	425	425	425
Tandartsen voor volwassenen uit pakket	200	200	200	200
IVF-behandeling niet meer vergoeden	9	9	9	9
Premiesubsidies: beëindigen twee subsidieregelingen en 10% korting op een aantal overige subsidies	0,5	0,5	0,5	0,5

De subsidieregelingen «ontharingsbehandeling voor transseksuelen» en de deskundighedsbevordering/methodiekontwikkeling taal- en spraakdiagnostiek worden beëindigd.

Een nadere toelichting op de pakketmaatregelen staat in de verdiepingsbijlage.

### *Aard van de verantwoordelijkheid*

De overheid is systeemverantwoordelijk en ziet toe op de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. Deze verantwoordelijkheid geldt voor alle geformuleerde operationele doelstellingen. Als systeemverantwoordelijke is de overheid voor het realiseren van deze doelstellingen sterk afhankelijk van het functioneren en presteren van de private zorgaanbieders.

## 22.2 Operationele beleidsdoelstellingen

### 22.2.1 Een optimale zorgverlening in de eerste lijn

#### Beleidseffecten

We willen een sterke en betaalbare eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen. De eerstelijnszorg kan voorkomen dat er een beroep wordt gedaan op de veelal duurder tweedelijnszorg. Absolute voorwaarde daarvoor is een gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerste lijn: huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers, thuiszorg, algemeen maatschappelijk werk en anderen zoals de eerstelijns-GGZ.

We willen de verschillende partijen zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en patiënt/consumentenorganisaties voldoende instrumenten in handen geven om hun verantwoordelijkheid te nemen. Zij moeten ondernemend aan de slag gaan om de zorg doelmatig in de buurt en wijk te organiseren. De vele goede voorbeelden laten zien dat dit kan en dat er over de hele linie nog veel winst is te behalen.

Verder willen we de eerstelijnszorg buiten de reguliere uren (avond, nacht, weekend: ANW-uren) voor de patiënt toegankelijker maken en, gelet op de hoge kosten, doelmatiger organiseren.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

Gelet op het voorgaande zullen wij een toekomstvisie voor de eerstelijnsgezondheidszorg opstellen. Een belangrijk element in deze visie betreft het verbeteren van de continuïteit in de eerstelijnszorg, vooral waar het gaat om de huisartsenzorg.

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

##### *Wet- en regelgeving*

Met het oog op de betaalbaarheid van de collectief gefinancierde zorg zullen we een pakketbeperking doorvoeren bij fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar. Deze worden, met uitzondering van de chronische lijst, overgeheveld naar het derde compartiment. Kortdurende fysiotherapie en oefentherapie kan goed tot de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt worden gerekend. Verder zullen we de tandheelkundige zorg voor volwassenen, met uitzondering van de bijzondere tandheelkunde, overhevelen naar het derde compartiment. De tandheelkundige zorg voor jeugdigen onder de 18 jaar blijft in het pakket.

##### *Subsidies*

Subsidies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op basis van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet. Deze subsidies zijn bedoeld voor de Gezondheidscentra en de zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden.

In 2003 en 2004 worden alternatieven voor het bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg in kaart gebracht. Het systeem moet onder andere het principe «loon naar werken» ondersteunen, de transparantie verhogen, aansluiten bij de voorgenomen stelselwijziging, en het mogelijk maken om een eigen bijdrage te heffen. Verder zou het gebruik van ICT-toepassingen de administratieve lasten moeten kunnen verminderen.

Voor de overige uitgaven in het kader van de eerstelijnszorg wordt verwezen naar de tabel premie-uitgaven.

#### **22.2.2 Een optimale zorgverlening in de tweede lijn**

De medisch-specialistische zorg in ons land moet snel bereikbaar en goed toegankelijk zijn. De zorg moet verder kwalitatief goed zijn en kwaliteitsverbetering dient een permanent streven binnen de instellingen te zijn. Ten slotte moet de zorg betaalbaar blijven. Om dit alles te realiseren is het in de eerste plaats nodig dat de zorg goed over het land wordt gespreid. In de tweede plaats moet er een adequate bekostigingsstructuur zijn, zowel waar het gaat om (academische) ziekenhuizen als om medisch specialisten. Wat betreft de voornemens inzake de invoering van de Diagnose Behandeling Combinaties's wordt verwezen naar paragraaf 22.2.3.

##### **Beleideffecten**

De bereikbaarheid van ziekenhuiszorg is een belangrijk goed. De ziekenhuiszorg in de dunner bevolkte gebieden vormt daarbij een bijzonder punt van aandacht. Patiënten hoeven gelukkig steeds minder vaak in het ziekenhuis te worden opgenomen. Dagbehandeling is vaak een beter alternatief. Als er wel sprake is van een opname, verblijft de patiënt gemiddeld steeds korter in het ziekenhuis. Deze trend loopt al een aantal jaren en zet zich naar verwachting ook de komende jaren door. Het buitenland laat zien dat dit verantwoord kan. Een verkorting van de ligduur is mede mogelijk door ontwikkelingen in de medische technologie.



De andere kant van de medaille is dat patiënten die wél worden opgenomen, doorgaans meer zorg nodig hebben. Dat vraagt om grote investeringen in personeel, apparatuur en infrastructuur. Om dit doelmatig te doen, is soms concentratie van voorzieningen nodig. De bereikbaarheid in dichtbevolkte gebieden van Nederland hoeft daaronder niet te lijden. In dunbevolkte gebieden ligt dat anders. In een aantal van die dunbevolkte gebieden zou concentratie van klinische functies en acute zorg betekenen dat de bereikbaarheid in het geding komt.

Het is van belang dat er meer keuzemogelijkheden worden geboden aan patiënten waar het gaat om de *electieve zorg*. In aanvulling op hetgeen hierover al in de beleidsagenda is opgenomen, geldt dat de afgelopen jaren de extra (betaalde) productie al aanzienlijk is toegenomen. Deze extra financiële ruimte werd geboden in verband met problematische wachttijden voor zorg. Vaak wordt gesproken over de wachtlijsten voor zorg. De wachtlijst geeft aan hoeveel patiënten wachten op behandeling: het is de «werkvoorraad» van ziekenhuizen. Voor de individuele patiënt is veel meer van belang hoe lang deze op zorg moet wachten (de wachttijd). Van belang is dat beide indicatoren worden vertroebeld door de ontwikkeling van de zorgvraag en bijvoorbeeld door «voorzorgsregistratie» van patiënten. Verder blijkt de latente zorgvraag niet uit de wachtlijst. Het komt voor dat patiënten bij meerdere zorgaanbieders wachten op zorg (dubbeltellingen) of dat, nadat de zorg is verleend, de patiënt niet als wachtende wordt uitgeschreven (vervuiling). Soms is het voor patiënten zelfs wenselijk even te wachten voordat de zorg verleend wordt. Bovendien blijkt dat er aanzienlijke verschillen in wachttijden zijn tussen regio's, ziekenhuizen en specialismen. Vaak is het mogelijk voor een patiënt om, eventueel via zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar, zorg aanzienlijk sneller bij een andere zorgaanbieder te verkrijgen. Gegevens over de wachttijden moeten dus met de nodige behoedzaamheid worden beoordeeld. Belangrijker is dat zorgaanbieders met de beschikbare middelen zo veel mogelijk de zorg leveren die aansluit op de vraag van de patiënten.

De productie van ziekenhuizen is de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen. Tabel 22.3 laat de realisatie voor 2002 en de omvang van de productieafspraken voor 2003 zien.

**Tabel 22.3: Productie ziekenhuizen**

	2002		2003*	Verwachte groei%
	realisatie	mutatie	afspraak*	2002–2003
Klinische opnamen				
Algemene ziekenhuizen	1 474 242	37 715	1 511 957	2,5%
Academische ziekenhuizen	205 180	5 224	210 404	2,5%
Totaal dagopnamen	1 679 422	42 939	1 722 361	2,5%
Algemene ziekenhuizen	913 483	39 193	952 676	4,3%
Academische ziekenhuizen	111 937	nbn	nbn	Nbn
Totaal	1 025 420	39 193	952 676	Nbn
Eerste polikliniek-bezoek.				
Algemene ziekenhuizen	7 459 123	193 685	7 652 808	2,6%
Academische ziekenhuizen	940 610	17 633	958 243	1,9%
Totaal	8 399 733	211 318	8 611 051	2,5%

Bron: CTG (College Tarieven Gezondheidszorg)

\* Nog niet alle productieafspraken zijn verwerkt.

In de ziekenhuiszorg zijn als gevolg van Actieplan Zorg Verzekerd (TK 2000/2001, 27 488, nr. 1) het aantal klinische opnamen en vooral dagbehandelingen aanzienlijk toegenomen. Het beleid tracht de overgang van klinische opname naar dagbehandeling te bevorderen (bijvoorbeeld doordat met ingang van dit jaar een tarief voor zware dagbehandelingen is geïntroduceerd). De vraag naar ziekenhuiszorg staat onder invloed van diverse factoren zoals technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Hierdoor is vooraf een accurate raming van de vraagontwikkeling niet goed mogelijk. Het is dan ook niet goed in te schatten in hoeverre de productiestijging, die door de extra beschikbare middelen mogelijk is, daadwerkelijk kan leiden tot vermindering van de wachttijden. Het effect dat de productieverruiming op de wachttijden voor electieve ziekenhuiszorg heeft gehad is opgenomen in de beleidsagenda.

Ook voor deze Kabinetsperiode zijn voor de «boter bij de vis» aanpak aanzienlijke extra groeimiddelen beschikbaar. Als gevolg van de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld verwachten we dat de productie in de curatieve zorg met circa 2,5% kan toenemen in 2004. Hierbij is uitgegaan van de samenstelling van het wettelijk pakket in 2002. Omdat ook voor de jaren daarna de «boter bij de vis» systematiek in beginsel blijft gehandhaafd, kan de betaalde extra productie blijven groeien. Daarnaast zullen de prikkels die het nieuwe zorgstelsel te weeg zal brengen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars aanzetten tot meer doelmatigheid waardoor met bestaande middelen meer zorg wordt gerealiseerd. Wellicht zullen niet alle ziekenhuizen even snel kunnen reageren op deze nieuwe prikkelstructuur, maar de koplopers kunnen als voorbeeld voor de overigen zorgaanbieders dienen.

### **Wachttijden levensbedreigende risico's**

In het Hoofdlijnenakkoord is aangegeven dat bijzondere aandacht zal worden besteed aan het terugdringen van de wachttijden bij ziekten met levensbedreigende risico's. Diverse aandoeningen kunnen, indien zorg te

lang op zich laat wachten, leiden tot een levensbedreigend risico. In levensbedreigende situaties (als zorg acuut of urgent nodig is) is echter idealiter altijd sprake van zorg met voorrang. Patiënten krijgen dan zonder te hoeven wachten voor een polikliniekbezoek direct toegang tot de kliniek of dagbehandeling en ontvangen daar de zorg die zij nodig hebben. Specifiek wordt aandacht geschonken aan het terugdringen van de wachttijden voor radiotherapeutische behandeling van oncologische aandoeningen en de aandoeningen aan het hart. Voor deze twee topklinische functies bestaat specifiek beleid dat erop gericht is meer locaties, apparatuur en personeel mogelijk te maken. Voor wat betreft bijvoorbeeld radiotherapie zal de beschikbare capaciteit tot 2005 met ca. 60% toenemen. Ook de capaciteit voor de behandelingen van hartkwalen zal worden uitgebreid. Enkele voorbeelden daarvan zijn de volgende. De behoefte aan extra openhart operaties is in de drie noordelijk provincies het grootst. In 2002 is het mogelijk gemaakt dat ook in Leeuwarden voortaan deze ingrepen kunnen plaatsvinden. Verwacht wordt dat in 2003 in deze provincies voldoende capaciteit beschikbaar is om aan de behoefte aan deze ingrepen te voldoen. Verder wordt in de ziekenhuizen van Alkmaar, Den Haag en Rotterdam de bestaande capaciteit voor dotterbehandelingen uitgebreid. Korthedshalve wordt voor nadere informatie verwezen naar de rapportage die op 15 november 2002 hierover aan de Tweede Kamer is gezonden. Sinds deze rapportage zijn er bovendien nieuwe mogelijkheden om de capaciteit uit te breiden voor het «dotteren» in geval van een hartinfarct. Inmiddels is namelijk uit internationale gegevens en Nederlandse experimenten gebleken dat als in samenwerking met een volledig hartcentrum wordt gewerkt, deze zorg ook op een zogenoemde bilocatie kan worden geleverd. Voor vijf locaties loopt inmiddels de procedure voor uitbereiding van deze capaciteit.

Door de beschikbare capaciteit voor radiotherapie en aandoeningen aan het hart deze kabinetsperiode uit te breiden wordt het mogelijk om de wachttijden voor deze ziekten aanzienlijk te bekorten. Omdat daarnaast op meerdere manieren wordt getracht ook de electieve zorgproductie van de ziekenhuizen te vergroten (de «boter bij de vis» systematiek, aanpassingen in de prikkelstructuur, betere informatievoorziening) wordt het voor zorgaanbieders steeds meer mogelijk de zorg zo tijdig mogelijk te leveren, waardoor levensbedreigende risico's worden tegengegaan.

De negen Integrale Kankercentra (IKC's) beschikken vanaf 1 januari 2004 over afdelingen Palliatieve zorg. Hiermee is een landelijke dekking gegarandeerd. Netwerken met andere zorginstellingen (ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, hospices en bijna-thuishuizen) moeten zorgen voor het uitwisselen van middelen, kennis en inzichten. Dit geeft ook inzicht in de behoeften van de patiënten en hun naasten.

Gelet op het bovenstaande streven we naar:

1. Het opstellen van een (toekomst)visie op de bereikbare ziekenhuiszorg.
2. Het vergroten van het aanbod.
3. Het stimuleren van extra productie.
4. Het bijhouden van het aantal consulten en het aantal hospices met een monitor palliatieve zorg.

Daarnaast streven we naar een uitbreiding van neonatale intensive care units (NICU's), pediatrie intensive care units (PICU's) en uitbreiding van voorzieningen radiotherapie (bunkers en versnellers).

**Tabel 22.4: Prestatie-indicatoren WBMV**

	2002 Realisatie	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming
1. Geplande uitbreiding aantal NICU's	23	16	14	6	5		
2. Geplande uitbreiding aantal Post-IC High care	27	20	18	8	7		
3. Geplande uitbreiding aantal PICU's	11	9	6	1	1		
4. Geplande uitbreiding voorzieningen radiotherapie (geplande bouw aantal extra bunkers 2002–2004)			42				

Bron: VWS, CTG, CBZ, 2003.

Het beloningsstelsel voor medische specialisten moet prikkelen om zo doelmatig mogelijk te werken: op een verantwoord kwaliteitsniveau zoveel mogelijk (en zoveel als nodig) productie te leveren. Daarbij geldt dat er geen middelen beschikbaar zijn voor inkomensontwikkeling.

## Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

### Begrotingsgerelateerde instrumenten

#### *Subsidies*

- Subsidiëring van Agora (St. Ondersteuningspunt Palliatieve Terminale Zorg) voor ondersteuning op het terrein van palliatieve zorg.
- Vanaf 2004 een bedrag ad € 3,0 miljoen vanuit de begroting overhevelen naar de premie voor de financiering van de IKC's. Verder zal gestart worden met de oprichting van consultatieteams voor palliatieve zorg.
- Opzetten van een monitor palliatieve zorg door Nivel.
- Subsidiëren van de opzet van de gegevensbank voor bij- en nascholing alsook het onderwijsprogramma.

#### *Onderzoek*

We zullen de deregulering bij de zelfstandige behandelcentra, met name op het onderdeel kwaliteit, monitoren en bezien of er aanvullende mogelijkheden voor deregulering zijn. De Gezondheidsraad en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bekijken voor diverse verrichtingen onder de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) of daar met minder regels volstaan kan worden. Dit betreft onder andere de hart-interventies en de hartchirurgie. Wij zullen komen met een standpunt over de uitvoeringstoets van het CVZ over het Nationaal Programma Orgaan-transplantaties.

### Premiegerelateerde instrumenten

Het voortbestaan van ziekenhuislocaties die van essentieel belang zijn voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten zullen we mogelijk maken via een beschikbaarheidstoelage. Verder zullen we aan het eind van het jaar 2003 een nieuwe bouwprioriteitenlijst vaststellen. Dan zal duidelijk worden welke bouwprojecten opgenomen zullen worden in de budgettaire kaders. De criteria die bij deze zogenoemde bestuurlijke actualisatie gehanteerd worden, zullen worden afgeleid van de nieuw vast te stellen beleidsregels op grond van art. 3 WZV.

Enkele andere instrumenten zijn de subsidies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op basis van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet voor diverse kleinere subsidiestromen.

### *Wet- en regelgeving*

De eerste buitenbaarmoederlijke bevruchting (IVF) zal met ingang van 2004 niet langer onderdeel zijn van de Regeling subsidies AWBZ en ZFW. Het overig ziekenvervoer wordt overgeheveld naar het derde compartiment. Dit laatste betreft geen medische zorg. Er is dus geen sprake van ziektelast, die direct gerelateerd is aan deze voorziening. Beide pakketbeperkingen zijn onderdeel van het Hoofdlijnenakkoord. Overigens wordt – waar het gaat om het overig ziekenvervoer – een reservering gemaakt voor flankerend beleid.

Wij zullen verder de beleidsregels op grond van art. 3 WZV aanpassen. Om de poliklinische zorgverlening en dagbehandeling verder te stimuleren, wordt de definitie van adherentie (het verzorgingsgebied van een ziekenhuis) uitgebreid met de poliklinische adherentie. Tot nu toe werd alleen gekeken naar de klinische adherentie.

### **22.2.3 Het stimuleren van een zo effectief en efficiënt mogelijke zorgverlening in de eerste en tweede lijn**

Deze doelstelling bestaat uit drie onderwerpen: DBC-project, zorginhoudelijke vernieuwing en monitoring en transparantie.

#### **a. DBC-project**

##### **Beleidseffecten**

De DBC-systematiek (het werken met DBC's, diagnose-behandelcombinaties) is in essentie een transparante bekostiging van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg. Die transparantie in de prestaties van de zorg maakt het mede mogelijk om de gewenste doelstellingen te realiseren voor alle bij ziekenhuiszorg betrokken partijen. Deze doelstellingen zijn:

- Bekostigen en honoreren naar zorgzwaarte, waarbij een beter evenwicht tot stand komt tussen kosten en prijs.
- Stimuleren van het gebruik van de beste werkwijzen (best practices) en vernieuwing in de zorg.
- Zorgverzekeraars, patiënten, zorgaanbieders en andere partijen kunnen met de DBC's de kosten en opbrengsten van de zorgverlening waarden en vergelijken.
- Meer vrijheden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om het aanbod af te stemmen op de vraag naar zorg. De DBC's zijn het instrument om te onderhandelen over de omvang, de prijs en de kwaliteit van de zorgverlening.

Gelet op het bovenstaande streven we naar:

1. Een adequaat wettelijk kader voor de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem.
2. Een werkend onderhoudsorgaan.  
Private partijen moeten een betrouwbare derde partij (Trusted Third Party, (TTP)) oprichten die een databank zal beheren. De gegevens uit de TTP/databank moeten de twee andere onderhoudsfuncties (beheer productstructuur, wettelijke verankering en pakketbeoordeling) ondersteunen (onderhoudsfunctie 1). Het project DBC2003 levert eind 2003 DBC's en productgroepen van DBC's op die medisch herkenbaar zijn en vergelijkbaar in ziekenhuiskosten en werklust van medische specialisten. Vervolgens zorgen private partijen zelf voor het onderhoud zodat de productstructuur bij de tijd blijft (onderhoudsfunctie 2). Het CTG en het CVZ moeten een integrale procedure opstellen voor een snelle en degelijke beoordeling en toetsing van DBC's en om

beleidsregels te kunnen maken (registratie van de landelijke uniforme DBC-taal). Zij vormen ook een samenwerkingsverband (onderhoudsfunctie 3).

3. Een werkend overgangsmodel.

Om in 2004 administratie en declaratie van DBC's door ziekenhuizen mogelijk te maken, wordt in de tweede helft van 2003 een overgangsmodel ontwikkeld. Het overgangsmodel gaat ook over de wijze van bekostigen en financieren van de medische specialisten. Dit geldt ook voor onderwerpen die lastig binnen de DBC-systematiek passen zoals: opleidingen, kapitaallasten en topreferente zorg in academische ziekenhuizen.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

De minister van VWS is resultaatverantwoordelijke voor de invoering van het nieuw bekostigingssysteem. De Tweede Kamer ontvangt in oktober 2003 het kabinetsstandpunt over de wijze van invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2004.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Er zal een onderhoudsorgaan voor de DBC's worden opgericht.

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

##### *Wet- en regelgeving*

Voor prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van DBC's (prestatiebeschrijvingen), moet de WTG in 2004 worden gewijzigd. Het wetsvoorstel is voor advies aan de Raad van State voorgelegd. De gewijzigde WTG, waarin is opgenomen dat deze per 1 juli 2004 in werking treedt, wordt najaar 2003 aan de Tweede Kamer aangeboden. Voor de wijze van invoering per 1 januari 2004 betekent dit dat het CTG zich, gedurende de eerste helft van 2004, nog moet kunnen uitspreken over de voor DBC's afgesproken prijzen per individueel geval of ziekenhuis.

De gewijzigde ZFW moet per 1 januari 2004 in werking zijn getreden (wetsvoorstel herziening overeenkomstenstelsel zorg). Kern van het voorstel is het opheffen van de contracteerplicht (de garantie van het ziekenfonds op een contract met alle aanbieders) en de omgekeerde contracteerplicht (de garantie van de zorgaanbieder op een contract met alle ziekenfondsen). Dit is noodzakelijk om de onderlinge concurrentie bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars te bevorderen. Het nader rapport over het al eerder ontvangen advies van de Raad van State is tezamen met het wetsvoorstel begin juli 2003 bij de Tweede Kamer ingediend.

Verder wordt de Ziekenfondswet aangepast om met DBC's samenhangende privacyproblemen te ondervangen. Hiervoor is een wetsvoorstel in voorbereiding. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) zal advies uitbrengen over de beperkingen die in dit verband voortvloeien uit de privacy-wetgeving. Deze wetswijziging gaat naar verwachting medio 2004 in.

## **b. Zorginhoudelijke vernieuwing**

### **Beleidseffecten**

Voor een goede curatieve zorg is van belang dat zorgvernieuwing wordt bevorderd, dat nieuwe behandelmethoden worden ontwikkeld en dat al ontwikkeld zorgbeleid wordt getest op effectiviteit en doelmatigheid. Het zorgaanbod moet voorzien in tijdige, klantgerichte zorgverlening van goede kwaliteit. Internationale vergelijkingen laten zien dat het Nederlandse behandelbeleid terughoudend is. Alleen blijvende aandacht kan die gunstige uitgangssituatie handhaven. Wijzigingen in het beleid werken vaak met vertraging door naar de werkvloer: de wijze waarop zorg verleend wordt. Het is dus van belang dat de partijen die hier directer op kunnen sturen (zoals instellingen en zorgverzekeraars) dit, binnen de grenzen van hun verantwoordelijkheid, ook doen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

- Subsiëring van het project «Registratiesysteem pediatrie intensive care-evaluatie (PICE) 2002–2005».
- Subsiëring van de Orde van Medisch Specialisten.
- Subsiëring van het Dutch Cochrane Centre (subsiëring Cochrane collaboration).
- Subsiëring van het Nederlands Kanker Instituut (NKI) voor fundamenteel wetenschappelijk kankeronderzoek, klinische research en implementatie van behandelwijzen.

##### *Onderzoek*

Wij stimuleren onderzoek naar de manier waarop de zorg het best aangeboden kan worden. Voor een goed zorgaanbod zijn vernieuwingen die tot nieuw zorgaanbod leiden van groot belang, evenals het met argumenten afscheid nemen van behandelopties die niet zinvol zijn. Het gaat hierbij zowel om het fundamentele als het toepassingsgerichte onderzoek via de organisaties die onderzoek programmeren. Dit levert concrete aanwijzingen op wat de beste werkwijzen («best practices») zijn. De beschikbare kennis moet op representatieve wijze verzameld worden en nadien optimaal beschikbaar zijn (CBO).

Projecten, experimenten en op toepassing gericht onderzoek verlopen grotendeels via derden, bijvoorbeeld via ZonMw en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Daarnaast financiert de overheid op een aantal terreinen instituten die beleidsdoelstellingen ondersteunen; ook financiert zij het totstandkomen van registraties.

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

Een belangrijk instrument om het gebruik van «best practices» te bevorderen is de lokale productiegebonden toeslag. Verantwoordelijke veldpartijen (ziekenhuizen en verzekeraars) kunnen hiermee afspraken maken over projecten. Dit maakt het mogelijk om flexibel factoren aan te pakken die de grootste belemmering opleveren bij het behandelen volgens een «best practice». Het gaat dan om dure kunst – en hulpmiddelen, opleidingen, het inrichten van samenwerkingsverbanden met de eerste lijn en «AWBZ-zorgaanbieders», de organisatie, logistiek en bedrijfsprocessen («business process redesign»), substitutie en het oplossen van concrete knelpunten in het zorgproces.



## **c. Monitoring en transparantie**

### **Beleidseffecten**

In een zeer complexe zorgmarkt is informatie cruciaal voor patiënten, zorginkopers en -aanbieders, en voor de overheid. Wij willen bevorderen dat goede informatie beschikbaar is opdat patiënten de juiste keuzes kunnen maken, zorgverzekeraars adequaat zorg kunnen contracteren, zorgaanbieders mensen optimaal behandelen en het overheidsbeleid goed ontwikkeld en geëvalueerd kan worden. Omdat wij verantwoordelijk zijn voor het inrichten en het functioneren van het zorgstelsel en voor het afleggen van verantwoording daarover, stimuleren wij:

- De ontwikkeling van instrumenten die de monitoring en transparantie bevorderen.
- De daadwerkelijke gegevensuitwisseling en -bewerking.
- De invulling van onze eigen informatievoorziening.

Tegelijkertijd blijven de eigen verantwoordelijkheden van andere partijen binnen het zorgstelsel bestaan om zelf zorg te dragen voor hun eigen informatievoorziening.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

- Subsidie aan het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) voor het instandhouden van de infrastructuur.
- Uitgaven inzake het uitvoeren van wachtgeldregelingen door de Stichting administratie/adviesgroep CAW.
- In 2004 wordt gestart met de ontwikkeling van een benchmark voor zowel de eerste- als de tweedelijnszorg.

##### *Onderzoek*

In 2004 wordt gewerkt aan de informatievoorziening in de zorg onder de nieuwe DBC-systematiek. De capaciteit, het gebruik en de transparantie van wachtlijstinformatie wordt vergroot. Ten slotte verschijnt ook in 2004 het Brancherapport Cure en lopen er diverse systemen en onderzoeken om ontwikkelingen bij te houden en te beoordelen.

#### **22.2.4 Een optimale spoedeisende medische hulpverlening**

Het doel is de acute zorg verder te verbeteren. Hieronder verstaan we: spoedeisende huisartsenzorg, ambulancezorg, spoedeisende hulpafdelingen in ziekenhuizen, traumazorg en intensive care. Samenwerken en afstemmen zijn cruciaal voor de kwaliteit van de medische hulpverlening. Goede afstemming kan de problemen van toegankelijkheid, spreiding en paraatheid oplossen en problemen in de toekomst zoveel mogelijk voorkomen. Het motto is: «tijdwinst is zorgwinst».

### **Beleidseffecten**

#### **1. Mobiele Medische Teams (MMT's)**

Tien ziekenhuizen zijn aangewezen als traumacentrum met een beschikbaar MMT op de grond. Vier traumacentra hebben bovendien een helikopter met een paraat MMT overdag. De Landelijke Vereniging van Traumacentra (LVTC) ontwikkelt een landelijk traumaregistratiesysteem. VWS is hier actief bij betrokken en het plan is dat dit systeem in 2004 operationeel is. Het registratiesysteem moet ook de prestatie-



indicatoren geven waarmee de inzet van de MMT's en de regiofunctie van de traumacentra structureel gevolgd kunnen worden. Eind 2004 of begin 2005 kunnen de eerste prestatie-indicatoren gebruikt worden.

## 2. Ambulancezorg

Een van de belangrijkste ambities voor de ambulancezorg is de sector verder te professionaliseren en de doelmatigheid in de sector te verbeteren. Dit gebeurt door ambulancediensten en CPA'en (Centrale Post Ambulancevervoer) samen te voegen tot 25 regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's).

Het RIVM heeft de landelijke spreiding en beschikbaarheid van ambulances geanalyseerd. De analyse is aangevuld met een scenario met een optimale verdeling van ambulances over de regiogrenzen heen. Betrokken partijen werken aan een plan van aanpak om de adviezen uit dit rapport toe te passen.

Medio 2004 gaan alle RAV's over op C2000, het nieuwe digitale communicatiesysteem voor de veiligheidsdiensten: politie, brandweer en ambulancesector.

Verder wordt de samenwerking met de buurlanden verbeterd, om zo de kwaliteit van de grensoverschrijdende zorg te verhogen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

Wij zullen de Tweede Kamer nog in 2003 een brief doen toekomen inzake de dreigende knelpunten en oplossingen waar het gaat om de acute zorg. Ter redressering van deze problematiek is € 50 miljoen beschikbaar gesteld, die vooral beschikbaar zal komen voor de ambulancezorg en de zorg die geleverd wordt door kleine ziekenhuizen.

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Een klein deel van de uitgaven voor spoedeisende medische hulpverlening worden ten laste van de begroting gefinancierd.

### **Premiegerelateerde instrumenten**

#### *Wet- en regelgeving*

De nieuwe Wet op de ambulancezorg regelt de besturingssystematiek, de RAV-vorming en de spreiding. Nadat de nieuwe besturingssystematiek met de Tweede Kamer is besproken, zal zo spoedig mogelijk de concept-wettekst voor de nieuwe Wet op de ambulancezorg aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

## 22.3 Budgettaire gevolgen van beleid

### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>107 797</b>	<b>58 199</b>	<b>56 497</b>	<b>53 989</b>	<b>43 028</b>	<b>45 587</b>	<b>46 330</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>97 778</b>	<b>69 816</b>	<b>53 720</b>	<b>51 054</b>	<b>43 017</b>	<b>46 330</b>	<b>46 330</b>
<i>waarvan garantieverplichtingen</i>	<i>22 300</i>	<i>11 000</i>	<i>10 000</i>	<i>4 657</i>			
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>94 099</b>	<b>65 574</b>	<b>49 653</b>	<b>47 321</b>	<b>39 367</b>	<b>42 680</b>	<b>42 680</b>
Tweedelijns zorg	60 233	47 469	13 269	15 233	15 431	17 393	17 393
Effectieve en efficiënte zorgverlening	15 469	15 634	35 360	31 239	23 236	24 587	24 587
Spoedeisende medische hulpverlening	18 397	2 471	1 024	849	700	700	700
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>3 679</b>	<b>4 242</b>	<b>4 067</b>	<b>3 733</b>	<b>3 650</b>	<b>3 650</b>	<b>3 650</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>6 286</b>	<b>1 814</b>	<b>1 098</b>	<b>1 098</b>	<b>1 098</b>	<b>1 098</b>	<b>1 098</b>

### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2004		2005		2006		2007		2008	
1.	Totaal geraamde kasuitgaven	53 720		51 054		43 017		46 330		46 330	
2.	Waarvan apparaatsuitgaven	4 067		3 733		3 650		3 650		3 650	
3.	Dus programma-uitgaven	49 653		47 321		39 367		42 680		42 680	
	Waarvan op 1 januari 2004										
4.	Juridisch verplicht	62%	30 857	51%	23 916	34%	13 280	29%	12 384	29%	12 384
5.	Bestuurlijk gebonden	28%	13 793	34%	16 152	41%	16 068	38%	16 068	38%	16 068
6.	Beleidsmatig gereserveerd	10%	4 950	12%	5 700	14%	5 665	12%	5 185	12%	5 185
7.	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	53	3%	1 553	11%	4 354	21%	9 043	21%	9 043
8.	Totaal	100%	49 653	100%	47 321	100%	39 367	100%	42 680	100%	42 680

Onder «Juridisch verplicht» is onder meer begrepen een bedrag van € 13,8 miljoen aan incidentele juridische verplichtingen als gevolg van de afbouw van een aantal structurele subsidies. Daarnaast is voor een bedrag van € 12,1 miljoen juridisch vastgelegd aan kwaliteitsprojecten en voor de abortusklinieken.

Voorts is voor bijna € 5 miljoen een reservering opgenomen voor de financiering van het onderhoudsorgaan DBC's en voor uitgaven ten behoeve van het experiment Benchmark ziekenhuizen en huisartsen.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Huisartsenzorg	1 559,1	1 534,1	1 534,1	1 534,1	1 534,1	1 534,1
Gezondheidscentra	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4
Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	635,7	365,7	365,7	365,7	365,7	365,7
Fysiotherapie/Oefentherapie	751,2	376,2	326,2	326,2	326,2	326,2
Logopedie	49,3	49,3	49,3	49,3	49,3	49,3
Ergotherapie	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
Verloskundige zorg	112,4	112,4	112,4	112,4	112,4	112,4
Kraamzorg	273,5	273,5	273,5	273,5	273,5	273,5
Algemene en categorale ziekenhuizen	8 311,4	8 429,7	8 504,2	8 578,2	8 642,7	8 675,8
Academische ziekenhuizen	2 561,5	2 571,3	2 586,3	2 601,3	2 616,3	2 622,3
Overig curatieve zorg	318,4	320,5	321,0	321,0	321,0	321,0
Medisch specialistische zorg	1 482,6	1 482,6	1 482,6	1 482,6	1 482,6	1 482,6
Tandheelkundig specialistische zorg	83,5	83,5	83,5	83,5	83,5	83,5
Ambulancevervoer	275,2	293,5	293,9	294,0	294,0	294,0
Overig ziekenvervoer	196,4					
Groeirimte ziekenhuizen en medisch specialisten	385,2	681,8	961,5	1 244,8	1 521,3	1 521,3
Demo extramurale zorg	32,7	66,2	99,9	134,0	168,4	168,4
Demo overig curatieve zorg	7,5	15,6	23,4	31,3	39,3	39,3
Totaal	17 065,2	16 685,5	17 047,1	17 461,5	17 859,9	17 899,0
Procentuele mutatie		- 2,2	2,2	2,4	2,3	0,2

In bovenstaande tabel zijn de ramingen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van curatieve zorg. In deze ramingen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Voorjaarsbrief Zorg 2003 en het Hoofdlijnenakkoord verwerkt. Onderaan de tabel is de gereserveerde groeirimte afzonderlijk weergegeven. Voor een toelichting op de verdeling van deze middelen over de verschillende zorgsectoren wordt verwezen naar de bijlage FBZ. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor 2003 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2004 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

## 22.4 VBTB-paragraaf

### 1. Modernisering eerste lijn en tweede lijn

In het kader van de modernisering van de eerste- en tweedelijnszorg worden in 2004 twee benchmarkprojecten (bedrijfsvergelijking) gestart om de informatievoorziening te verbeteren. Zowel voor algemene ziekenhuizen als voor de huisartsenzorg wordt samen met de sector een set indicatoren ontwikkeld.

### 2. DBC's

Het laten functioneren van de DBC-systematiek vergt betrouwbare, volledige en tijdige informatiestromen tussen partijen. Onder leiding van VWS wordt met partijen een minimale dataset vastgesteld die zorgaanbieders en verzekeraars verplicht registreren en gratis (en ontdaan van persoonskenmerken) beschikbaar moeten stellen. VWS zal beslissen over de uiteindelijke dataset. Deze dataset moet toereikend zijn voor het onderhoud en het laten functioneren van marktwerking. Ook moeten CTG, CVZ, CTZ, NMa en VWS over toereikende gegevens kunnen beschikken om hun verantwoordelijkheid te kunnen dragen.

Alle gegevens die noodzakelijk zijn om de publieke belangen van de zorg (kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid) te kunnen borgen en de

marktwerking te faciliteren zullen onderdeel zijn van de minimale dataset. Gegevens hoeven dan maar éénmaal te worden vastgelegd, maar kunnen door alle belanghebbenden worden gebruikt. Dit vermindert de administratieve lasten, ook ten opzichte van de huidige situatie. Uiteraard zal elke partij slechts beperkt toegang krijgen tot deze dataset. De gegevensvergaring en verspreiding zal plaatsvinden via een Trusted Third Party (TTP) die een databank beheert. Om de beschikbaarheid van de gegevens te garanderen zal VWS deze minimale dataset juridisch verplicht stellen.

### *3. Monitoring en evaluatieonderzoek, prestatie-indicatoren en streefwaarden*

Naast bovengenoemde initiatieven worden in 2004 diverse afzonderlijke monitorsystemen toegepast en evaluaties verricht (zie onderstaand overzicht). Ook hierbij wordt, voor zover nodig, aandacht besteed aan het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. In het kader van de implementatie van de regeling *Prestatiegegevens en evaluatieonderzoek* wordt in de toekomst ook steeds aandacht besteed aan de kwaliteit van de gegevens.

**Tabel 22.5: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie hartinterventies (Gezondheidsraad)	1/1/03 – 1/4/04
Evaluatie vraag en aanbod hartinterventies (CVZ)	1/8/03 – 1/4/04
Adviesaanvraag RGO patiëntveilige zorg in ziekenhuizen	1/9/03 – 1/7/04

## BELEIDSARTIKEL 23: GENEESMIDDELEN EN MEDISCHE TECHNOLOGIE

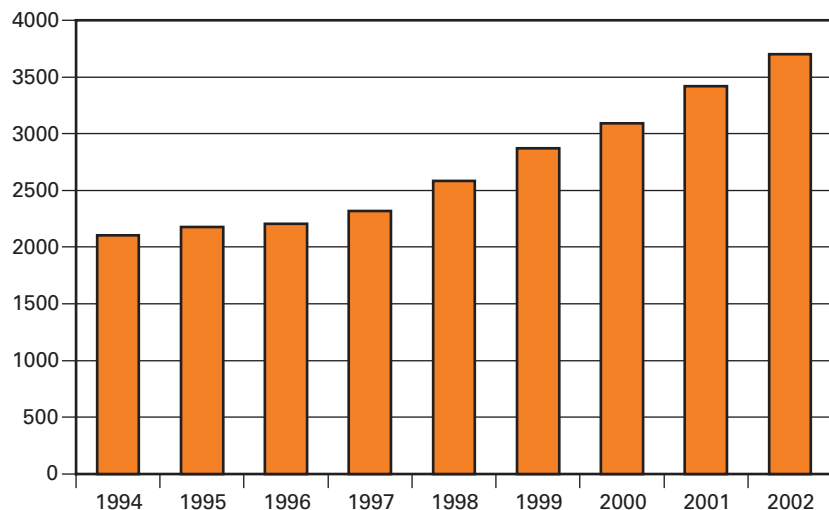
### 23.1 Algemene beleidsdoelstelling

#### **Een doelmatige zorg aan de burger waarborgen met kwalitatief hoogwaardige en veilige producten op het terrein van geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten**

De patiënt is gebaat bij een geneesmiddelenbeleid waarbij aandacht is voor kwalitatief goede, veilige, effectieve en innovatieve geneesmiddelen. Het gebruik moet doelgericht en patiëntvriendelijk zijn. Daarbij is en blijft de betaalbaarheid van groot belang. Het systeem waarbinnen deze combinatie van kwaliteit, effectieve inzet en betaalbaarheid tot zijn recht komt, moet sturing en verantwoordelijkheden daar leggen waar gestuurd kan worden. De komende jaren zal dit gerealiseerd worden door een aanpassing van de prijs- en vergoedingssystematiek.

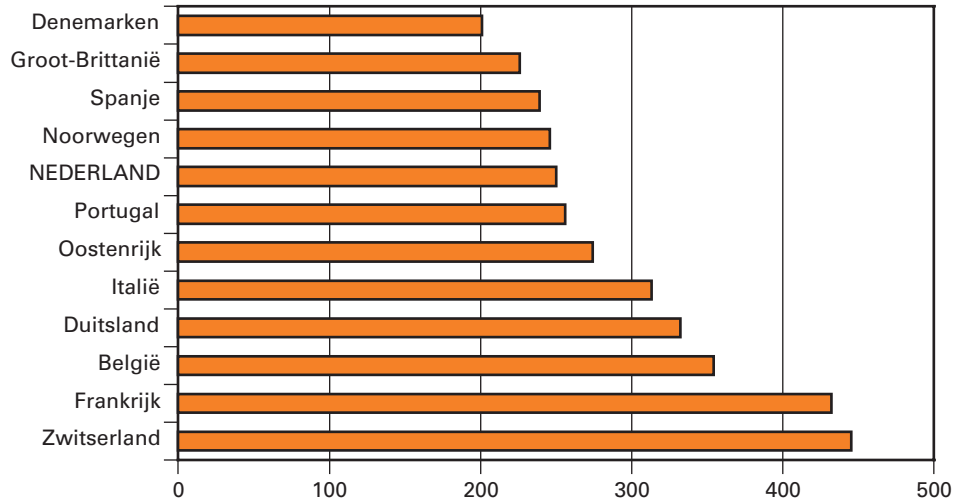
In het beleid van de komende jaren spelen belangrijke uitgangspunten uit het Hoofdlijnenakkoord 2003 een rol, zoals deregulering, meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger en kostenbeheersing. Ondanks kostenbeperkende maatregelen zullen de uitgaven aan geneesmiddelen ook de komende jaren blijven groeien. Deze groei wordt veroorzaakt door de bevolkingsgroei, (dubbele) vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken, extramuralisatie van de zorg en de ontwikkeling van nieuwe innovatieve geneesmiddelen. Internationaal gezien blijft de Nederlander een zuinige consument (Monitor Farmaceutische Zorg, CVZ d.d. juni 2003). Dit neemt niet weg dat het van groot belang blijft dat uitsluitend zinnig en zuinig wordt voorgeschreven en dat er een kritische afweging voorafgaat aan toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het vergoede pakket. Daarnaast maakt de sterke groei van de uitgaven het onontkoombaar dat in het pakket wordt ingegrepen. Bij de beperking van het pakket staat de medische noodzaak van de behandeling voorop.

#### **23.1: Totale uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland (x € 1 000 000)**



Bron: VWS (berekeningen CVZ), 2003.

### 23.2: Internationaal geneesmiddelengebruik per inwoner (in euro's 2001)



Bron: NIVM, 2003.

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

#### Subsidietaakstelling begroting

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen wij u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidietaakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 23.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	787	963	1 314	1 314
Korting op projectsubsidies	1 266	2 368	1 878	2 654

## Premiemaatregelen

Het kabinet heeft bij het aantreden voor de zorg een bezuiniging vastgesteld van € 1 miljard aan pakketmaatregelen. Daarnaast zijn extra bezuinigingen noodzakelijk, ondermeer ter facilitering van voorziene extra productie. Op dit beleidsartikel worden in de sfeer van premie-uitgaven de volgende specifieke maatregelen genomen:

Maatregel	2004	2005	2006	2007
Eigen bijdrage aflevering geneesmiddelen	210	210	210	210
Medicatie bij eerste IVF-behandeling niet meer vergoeden	25	25	25	25
Anticonceptie vanaf 21 jaar niet meer vergoeden	70	70	70	70
Beperking vergoeding zelfzorggeneesmiddelen	60	60	60	60

Een nadere toelichting op de pakketmaatregelen staat onder de betreffende operationele doelstellingen.

### 23.2 Operationele doelstellingen

#### 23.2.1 Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening bevorderen

Om deze doelstelling te bereiken wordt in de geneesmiddelensector een deel van de verantwoordelijkheid voor de vormgeving van de geneesmiddelenvoorziening in de regio overgedragen aan de zorgverzekeraars. De verwachting is dat zij beter in staat zullen zijn om de kwaliteit en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen en dat zij daarmee tevens de uitgaven- en volume-groei beter kunnen beheersen. Zij hebben immers direct contact met zorgaanbieders, verzekerden en leveranciers van geneesmiddelen en zijn daardoor beter in staat het gedrag van betrokkenen te beïnvloeden. Daarnaast wordt de registratie en vergoeding bevorderd van veilige, therapeutisch waardevolle en betaalbare geneesmiddelen. In 2004 worden effecten beoogd op de volgende terreinen:

- Aanpassen prijs- en vergoedingssystematiek en versterken van de sturing door verzekeraars.
- Het geneesmiddelenpakket.
- Versterken kwaliteit en innovatie.

Geneesmiddelen worden voornamelijk gefinancierd uit premie-middelen. Naar verwachting wordt er in 2004 € 4,3 miljard uitgegeven aan geneesmiddelen. Dit betreft zowel de kosten voor geneesmiddelen als de apotheekvergoeding.

Voorgenomen bezuinigingen van het kabinet Paars II ad € 333 miljoen zijn nog niet gerealiseerd. De taakstelling uit het kabinet Balkenende I ad € 280 miljoen is ingevuld door in 2003 de prijsmaatregel geneesmiddelen in te voeren die een deel van de inkoopvoordelen van de apotheekhoudenden (korting die groothandel en fabrikanten geven bij bepaalde geneesmiddelen) afroemt. Om ook de taakstelling van het kabinet Paars II te realiseren worden eigen bijdragen voor de aflevering van geneesmiddelen geïntroduceerd.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Via het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering en de Regeling farmaceutische hulp wordt vastgesteld welk deel van de extramurale zorg in aanmerking komt voor vergoeding. Op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening zijn we verantwoordelijk voor de bewaking van de kwaliteit van geneesmiddelen. Het streven is een doelmatig geneesmiddelengebruik te bereiken. Hierbij is er geen sprake van een aanwijzende bevoegdheid, maar is het wel mogelijk om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden door kennisvergroting, het beschikbaar stellen van objectieve productinformatie en het aanbrenge van incentives. De uiteindelijke beslissing over het voorschrijven en afleveren van medicijnen ligt bij de arts en de apotheker. Voor de kwaliteit en de toepassing van geneesmiddelen is er sprake van *systeemverantwoordelijkheid*. De verantwoordelijkheid voor de omvang van verzekerde pakket gaat echter verder: daar is sprake van *resultaatverantwoordelijkheid*.

### **a. Aanpassen prijs- en vergoedingssystematiek en versterken van de sturing door verzekeraars**

#### **Beleidseffecten**

Geneesmiddelen moeten ook op termijn voor alle patiënten betaalbaar en beschikbaar zijn. Om dit te kunnen garanderen zijn structurele maatregelen nodig. Kostenbeheersing is hierbij een belangrijk aspect; hiervoor moeten de prijzen van geneesmiddelen omlaag en dat kan ook gezien de huidige kortingen die apotheekhoudenden ontvangen. Maar daarnaast is ook aandacht nodig voor de omvang van het geneesmiddelengebruik en het stimuleren van een doelmatiger gebruik.

De in 2003 ingevoerde prijsmaatregel geneesmiddelen verbetert de prijs- en vergoedingssystematiek niet structureel. Daarom is het nodig dat er een nieuw systeem komt dat doorzichtiger is en waarbij meer geconcurrereerd wordt (marktwerking). In dit systeem krijgen patiënten, voorschrijvers, apothekers en zorgverzekeraars ieder nadrukkelijk een eigen rol. VWS werkt met de KNMP en Zorgverzekeraars Nederland aan een rapport met voorstellen hiervoor. Dit rapport wordt in het najaar van 2003 naar de Tweede Kamer gestuurd.

We streven ernaar in 2005 een nieuwe prijs en vergoedingssystematiek voor geneesmiddelen in te voeren. Uitgangspunten voor dit nieuwe beleid zijn:

- Toegankelijkheid: de premiebetaler betaalt niet meer dan de noodzakelijke kosten.
- Doelmatigheid: meer financiële prikkels op de juiste plaats.
- Kwaliteit/veiligheid: deskundigheid van de apotheker goed benutten.

De toegankelijkheid wordt gewaarborgd door te zorgen voor lagere prijzen bij geneesmiddelen die gemaakt zijn naar het voorbeeld van een merkgeneesmiddel waarvan het octrooi is verlopen (generieke middelen), en door een lagere vergoeding voor middelen met een vergelijkbare therapeutische werking. De kern van het beleid is dat in elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen altijd tenminste één geneesmiddel nog volledig wordt vergoed.

Deze nieuwe benadering moet fabrikanten stimuleren om te concurreren en de prijzen van hun geneesmiddelen te verlagen. Zorgverzekeraars krijgen meer te zeggen over de inkoop en kunnen in de contracten met apotheekhoudenden afspraken maken over prijs en prestatie (kwaliteit) van de dienstverlening van de apotheken.



Eind 2003 verschijnt het rapport van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) over de vorderingen van de verzekeraars.

Als indicator voor regionale doelmatigheid wordt gebruik gemaakt van de kwaliteit van het eerstelijns-farmacotherapieoverleg (fto), waarbinnen de voorschrijver, apotheker en zorgverzekeraar invulling geven aan doelmatig en verantwoord voorschrijven en afleveren. Tabel 23.3 toont de huidige situatie van de kwaliteit van het fto in de Nederlandse regio's. Meer informatie is te vinden op [www.nivm.nl](http://www.nivm.nl). In 2007 wordt gestreefd naar een fto-tabel waaruit blijkt dat 80% tot 100% van alle beoordeelde fto-groepen redelijk tot goed functioneert; dat wil zeggen dat de kwaliteit van het overleg over het algemeen op peil is.

**Tabel 23.3: Kwaliteit van het fto in de Nederlandse regio's**

Naam DHV district	Aantal fto's	% Beoordeeld	Redelijk en goed oordeel
Amsterdam	41	31%	50%
Haarlem/Kennemerland	30	40%	10%
Noord-Holland Noord	64	39%	41%
Den Haag e.o.	28	42%	20%
Rijnland & Midden-Holland	33	35%	33%
Rotterdam e.o.	45	36%	43%
Zuid-Holland Zuid	29	30%	44%
Westland/Schieland Delfland	19	30%	0%
Zeeland	13	38%	40%
West-Brabant	34	63%	27%
Noord-Brabant Noordoost	31	52%	50%
Limburg	65	45%	38%
Groot Gelre	70	52%	45%
Midden-Brabant	19	47%	11%
Zuidoost-Brabant	36	41%	85%
Utrecht	46	52%	33%
Gooi/Eemland	38	49%	44%
Stedendriehoek	29	30%	50%
Zwolle & Flevoland	40	57%	24%
Twente	33	39%	42%
Drenthe	28	33%	13%
Friesland	30	32%	20%
Groningen	29	52%	27%

Bron: NIVM 2003

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

Het Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik (NIVM, voorheen stichting DGV) begeleidt en evalueert het fto. Het NIVM speelt hiermee een belangrijke rol bij het realiseren van een verhoogde kwaliteit van het fto, wat moet leiden tot doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen.

Adequate informatievoorziening voor het geneesmiddelenbeleid wordt gestimuleerd door ontwikkelingen, trends en knelpunten binnen de farmaceutische zorg in kaart te brengen, en door toegepast gebruiksonderzoek. De belangrijkste begrotingsgefinancierde leveranciers van

informatie zijn de Stichting Farmaceutische Kengetallen, het Instituut voor Farmaceutisch Praktijkonderzoek en het Instituut voor Farmaco-epidemiologisch Onderzoek.

### **Premiegerelateerde instrumenten**

#### *Onderzoek*

Het CVZ levert via de publicatie van het Farmacotherapeutisch Kompas een belangrijke bijdrage aan objectieve productinformatie en het evidence-based voorschrijven en afleveren.

Naast de begrotingsgefinancierde informatieleveranciers levert ook het CVZ beleidsinformatie via het Beleidsonderzoek Geneesmiddelen en het Geneesmiddelen Informatie Project.

#### *Wet- en regelgeving*

Zorgverzekeraars krijgen via deregulering en instrumentering meer mogelijkheden om kosten daadwerkelijk te beïnvloeden. In 2004 zal een aangepast Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering van toepassing zijn waarmee zorgverzekeraars de aanspraak van de ziekenfonds-verzekerden per werkzame stof kunnen concretiseren tot aangewezen geneesmiddelen van een bepaalde fabrikant, zonder dat de keuzevrijheid van de voorschrijver of patiënt wordt aangetast. De onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar wordt door deze ontwikkeling versterkt, omdat hij zo beter in staat is een afzetgarantie (hoeveelheid) te geven aan de desbetreffende leverancier.

In 2004 wordt een nieuwe eigenbijdragensystematiek geïntroduceerd. De verzekerde zal voor ieder afgeleverd geneesmiddel eenzelfde vast bedrag van € 1,50 moeten betalen als eigen bijdrage. De apotheek int deze eigen bijdragen. Voor het totaal aan betaalde eigen bijdragen per persoon per jaar geldt geen wettelijk maximum. De administratieve lasten en uitvoeringsproblemen blijven beperkt door het ontbreken van dit wettelijk maximum. In totaal levert deze bijdrage circa € 210 miljoen per jaar op.

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) wordt aangepast met als doel dat de zorgverzekeraars in contracten de prijs en prestatie van de dienstverlening door apotheekhoudenden nader kunnen regelen en belonen. Het CTG is gevraagd na te gaan in hoeverre een duaal stelsel, waarbij WTG «uitgeschakeld» zou worden voor doelmatige afspraken tussen verzekeraars en apotheken, uitvoerbaar en effectief zou kunnen zijn.

Verder worden voorbereidingen getroffen om binnen afzienbare tijd de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen onderdeel te maken van de diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Hierdoor kan beter gestuurd worden op de door medisch specialisten voorgeschreven medicatie die buiten de instellingen door huisartsen wordt gehanteerd als herhaal-receptuur.

### **b. Het geneesmiddelenpakket**

#### **Beleidseffecten**

Uitgangspunt is dat geneesmiddelen met een therapeutische waarde die behoren tot noodzakelijke zorg en doelmatig zijn, toegankelijk blijven voor iedereen die deze middelen nodig heeft. Door zorg die niet medisch noodzakelijk is uit het pakket te weren, wordt ruimte geboden aan innovatieve geneesmiddelen.

Met ingang van 2004 zullen anticonceptiemiddelen voor vrouwen vanaf 21 jaar en geneesmiddelen die gebruikt worden bij de eerste behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken worden uitgesloten van vergoeding. Dit levert een besparing op van respectievelijk € 70 miljoen en € 25 miljoen per jaar vanaf 2004. Verder worden zelfzorggeneesmiddelen niet meer vergoed indien deze korter dan één jaar worden gebruikt. Hiermee wordt vanaf 2004 een besparing van € 60 miljoen per jaar bereikt.

Op basis van een uitvoeringstoets van het CVZ in het najaar 2003 zal worden gezien of het geneesmiddelenpakket kan worden gecategoriseerd op basis van ziektelast. Daarbij wordt ook expliciet gekeken naar de categorie minimale ziektelast. Op basis hiervan zal worden gezien of op termijn de vergoeding kan worden aangepast.

De eisen voor toelating tot het pakket worden per 1 januari 2005 verscherpt met de invoering van een verplicht farmaco-economisch onderzoek, op basis waarvan geneesmiddelen met een geringe doelmatigheid niet tot het pakket zullen worden toegelaten. Daartoe zullen in 2004 de huidige criteria en de toepassing daarvan in de praktijk worden geëvalueerd.

Als de kosten van een geneesmiddel hoog zijn en de kans op onjuist gebruik aanzienlijk is, kunnen er voorwaarden aan de verstrekking worden gesteld. In 2004 zal meer dan tot nu toe gebruik gemaakt worden van deze mogelijkheid, omdat er meer nieuwe dure geneesmiddelen komen met meerwaarde voor specifieke groepen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

##### *Wet- en regelgeving*

De procedure voor toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het pakket wordt verfijnd, onder andere door een verplichte farmaco-economische toets en het criterium ziektelast in te voeren. De uitkomsten hiervan kunnen ertoe leiden dat de vergoedingssystematiek wordt aangepast. Het CVZ evalueert in 2004 het gebruik om voorwaarden te stellen aan de vergoeding van nieuwe, vaak innovatieve, geneesmiddelen (op grond van bijlage 2 bij de Regeling farmaceutische hulp 1996). Op basis van de uitkomsten kan dit instrument worden geoptimaliseerd.

#### **c. Versterken van kwaliteit en innovatie**

##### **Beleideffecten**

De beschikbaarheid van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige geneesmiddelen moet omhoog, met name voor die aandoeningen waarvoor nog geen effectieve geneesmiddelen beschikbaar zijn.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

In het kader van het Nederlandse voorzitterschap van de EU in 2004 heeft Nederland de ontwikkeling van zogenoemde «priority medicines» – en internationaal onderzoek op dit gebied – op de agenda geplaatst. Beoogd wordt dat voor onderzoek en ontwikkeling gebruik kan worden gemaakt

van gelden uit het Zesde en het Zevende EU-Kaderprogramma en van gelden van de Europese investeringsbank. Nederland heeft de WHO gevraagd een gezaghebbende lijst op te stellen van de belangrijkste witte vlekken waarop verder onderzoek en ontwikkeling zich moet richten.

#### *CBG en het agentschap CBG*

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), een zelfstandig bestuursorgaan, draagt actief bij aan de kwaliteit van geneesmiddelen in Nederland. De taken bestaan uit het beoordelen, registreren en bewaken van geneesmiddelen. Nadat geneesmiddelen zijn toegelaten toetst het CBG de actualiteit van de patiëntenbijsluiters en de productinformatie. Het agentschap CBG (ACBG) ondersteunt de taken van het CBG. Zijn werkzaamheden worden toegelicht in de agentschapsparagraaf.

#### *Agentschap CIBG*

Het agentschap CIBG verzorgt voor het geneesmiddelenbeleid de volgende uitvoerende taken:

- Het verlenen van farmaceutische vergunningen, drogistenvergunningen en opiumwetontheffingen.
- Het toekennen van vergoedingslimieten (Geneesmiddelenvergoedingensysteem) en het vaststellen van maximumprijzen (Wet op de geneesmiddelenprijzen) voor geneesmiddelen.
- De beslissing of een arts een apotheek mag exploiteren wordt genomen door de commissie voor de gebiedsaanwijzing (COGEB). Het CIBG zorgt voor het benoemen van de leden voor de commissie voor de gebiedsaanwijzing.
- Productie, import en export van medicinale cannabis en de groothandel daarin.

Voor de agentschapsgegevens wordt verwezen naar de agentschapsparagraaf.

### **Premiegerelateerde instrumenten**

#### *Wet- en regelgeving*

Het beleid gericht op weesgeneesmiddelen stimuleert de ontwikkeling van middelen voor zeldzame ziekten. In 2004 wordt daarom een vergoedingssystematiek ontwikkeld specifiek voor deze middelen.

Bovendien wordt de kwaliteit van het klinisch onderzoek verhoogd door landelijk de richtlijnen voor Good Clinical Practice in wetgeving vast te leggen. Hiervoor wordt de Wet op het medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) aangepast aan de nieuwe Europese richtlijnen.

De Europese Commissie heeft onlangs haar reactie gegeven op de belangrijke voorstellen van de «High Level Group on Innovation and Provision of Medicines» (de zogeheten G-10 groep). Uit de voorstellen van de Commissie zal bijzondere aandacht worden besteed aan patiëntenbelangen (informatie en toegang tot medicijnen), onderzoek en innovatie, transparantie bij de toelatingsprocedures en benchmarking.

#### *Subsidies*

In 2004 is voor de introductie van weesgeneesmiddelen € 34 miljoen beschikbaar.

De stuurgroep weesgeneesmiddelen heeft als doel de ontwikkeling van weesgeneesmiddelen te stimuleren en de situatie van patiënten met een zeldzame aandoening te verbeteren, in het bijzonder door de informatievoorziening over zeldzame ziekten te versterken.

In 2004 komt er bovendien een plan van aanpak om de farmacotherapie voor kinderen te verbeteren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het CVZ-onderzoek naar knelpunten op dit vlak (waarvan het onderzoeksrapport is gepubliceerd op 26 september 2002).

### **23.2.2 Kwaliteit, veiligheid, beschikbaarheid en doelmatig gebruik van transplantaten en van medisch technologische toepassingen bevorderen.**

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

Voor 2004 gaat het concreet om beleidseffecten op de volgende terreinen:

- Veilig gebruik (ketenzorg).
- Orgaandonatie.
- Bewerkte en onbewerkte lichaamsmaterialen.
- Bloedvoorziening.
- Medische biotechnologie.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Er zijn diverse regels voor een veilig en verantwoord gebruik van humane lichaamsmaterialen, medische hulpmiddelen en ioniserende straling en radioactieve stoffen; met deze regels worden kaders aangegeven waarbinnen alle betrokkenen in de zorgketen dienen te handelen. De operationele verantwoordelijkheden in de zorgketen liggen bij de direct betrokken zorgverleners of fabrikanten.

Voor orgaandonatie worden de kaders aangegeven om de mogelijkheden te optimaliseren. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van donatieprocedures ligt bij de zorgverleners. Behalve van de effectiviteit van de donorwerving is het daadwerkelijk beschikbaar komen van donororganen ook in belangrijke mate afhankelijk van het aantal voor orgaandonatie geschikte overledenen. Deze laatste factor is niet te beïnvloeden. Dat betekent dat wij systeemverantwoordelijk zijn.

#### **a. Veilig gebruik (ketenzorg)**

##### **Beleidseffecten**

Het beleid richt zich op het veilig gebruik van geneesmiddelen en medische technologie in de dagelijkse praktijk: het juiste product – bij de juiste mens – bij de juiste indicatie – op het juiste moment – op de juiste wijze – in de juiste dosering. Het doel is om de komende jaren het aantal vermijdbare incidenten te verlagen.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Overleg*

Begin 2004 komt een integrale beleidsagenda gereed voor het veilig gebruik van geneesmiddelen en medische technologie in de totale gezondheidszorg. Op diverse deelterreinen is eerder al beleid in gang gezet op het gebied van patiëntveiligheid. Door nu te kiezen voor een integrale aanpak is het mogelijk om lacunes op te sporen en daar prioriteit aan toe te kennen. Samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op dit terrein kan leiden tot zowel verhoging van effectiviteit als doelmatigheid.

Zodra de beleidsagenda is afgerond, zullen in een gezamenlijke *taskforce* met het veld afspraken gemaakt worden over streefwaarden, indicatoren, benodigde activiteiten en de implementatie hiervan.

### **b. Orgaandonatie**

#### **Beleidseffecten**

Het beleid is erop gericht het aanbod van donororganen te vergroten.

Daarbij worden de volgende beleidseffecten onderscheiden:

- De donorwerving in en door ziekenhuizen verbeteren.
- De bereidheid onder burgers vergroten om zich als potentiële donor beschikbaar te stellen en om als nabestaanden toestemming te geven voor donatie.
- Het aanbod van organen uit nieuwe ontwikkelingen vergroten.

Een groter aanbod van organen kan de wachttijden voor orgaantransplantatie reduceren. Dit is van groot belang omdat het vaak patiënten met levensbedreigende aandoeningen betreft.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

In 2004 wordt de invoering van de nieuwe organisatie van donorwerving door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) afgerond. De afgelopen tijd is op dit terrein door velen, waaronder de ziekenhuizen, hard gewerkt ter verbetering maar er moet nog veel gebeuren. Donorwerving is en blijft primair de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen zelf. De extra impulsen die op dit terrein reeds gedaan zijn vormen een extra ondersteuning om hen deze verantwoordelijkheid verder waar te laten maken.

Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van orgaandonatie worden beoordeeld en desgewenst gestimuleerd. In 2004 wordt nieuw beleid geformuleerd op basis van een rapport van de Gezondheidsraad over «non-heart beating»-donoren en donatie bij leven.

Op basis van de uitkomsten van de evaluatie van de Wet op de orgaandonatie (WOD) wordt het beleid waar nodig aangepast. Daarbij wordt overwogen of wijziging van het Nederlandse beslissysteem een positief effect kan hebben en, zo ja, of wijziging noodzakelijk is.

Een succesvolle implementatie van het orgaandonatiebeleid hangt mede af van de samenwerking tussen alle betrokken partijen. Deze samenwerking krijgt onder andere vorm in de Coördinatiegroep Orgaandonatie.

### *Agentschap CIBG*

Het Donorregister is onderdeel van het agentschap CIBG en heeft als hoofdtak het registreren en beheren van wilsbeschikkingen inzake orgaan- en weefseldonatie. Het register heeft daarnaast twee andere taken: de jaarlijkse aanschrijving van nieuwe achttienjarigen en het verzorgen van informatieverstrekking over registratie.

### *Voorlichting*

Permanente publieksvoorlichting kan een belangrijke bijdrage leveren aan de bereidheid om zich als donor te registreren en om toestemming te geven voor donatie bij overlijden van een naaste. Om de effectiviteit van de voorlichting te vergroten zal deze nog meer gericht worden op de positieve aspecten van orgaandonatie, uiteraard met inachtneming van het belang van evenwichtige informatie. De publieksvoorlichting loopt via het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). De Stichting Transplantatie Nu! geeft kleinschalige voorlichting vanuit het patiëntenperspectief.

## **c. Bewerkte en onbewerkte lichaamsmaterialen**

### **Beleidseffecten**

Het beleid richt zich op het waarborgen van kwaliteit, veiligheid en effectiviteit van menselijk materiaal en daarvan afgeleide producten die gebruikt worden voor geneeskundige behandeling. Het voornaamste doel is vermindering van het aantal bijwerkingen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

Het Nederlands Normalisatie Instituut stelt in overleg met alle betrokken partijen normen die de globale eisen uit het eisenbesluit nader concretiseren. De eerst te ontwikkelen norm zal zich richten op een van de meest kwetsbare onderdelen van de keten: de overdracht van lichaamsmateriaal (en bijbehorende informatie) tussen betrokken instellingen, zoals ziekenhuizen en orgaanbanken.

##### *Wet- en regelgeving*

In 2004 wordt de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal, inclusief het bijbehorende eisenbesluit, van kracht. Uitgangspunt in de wet is dat de overdracht van besmettelijke ziekten tot een aanvaardbaar niveau wordt teruggebracht en dat de ontvanger beschermd wordt tegen kwalitatief slechte producten. Dit wordt ingevuld door eisen en randvoorwaarden te formuleren aan het verkrijgen, bewerken, bewaren en beschikbaar stellen van lichaamsmateriaal.

Deze fase van dit wetgevingstraject heeft betrekking op onbewerkt lichaamsmateriaal. Voor bewerkt lichaamsmateriaal zal bekeken moeten worden of het zinvol is om nationale wet- en regelgeving op te stellen ter overbrugging tot de betreffende Europese richtlijn gereed is.

In 2004 levert de Nederlandse overheid een actieve bijdrage bij ontwikkeling en wijzigingen van de diverse Europese richtlijnen en voorschriften.

##### *Overleg*

Traceerbaarheid van het lichaamsmateriaal dat voor geneeskundige behandeling gebruikt is, kan een verdere bijdrage leveren aan de

veiligheid. Primair worden partijen daarbij aangesproken op de eigen, en in de wet vastgelegde, verantwoordelijkheid.

#### *Onderzoek*

De IGZ registreert de bijwerkingen. Signalementen van de IGZ geven een beeld van aard en omvang van de incidenten op dit gebied.

### **d. Bloedvoorziening**

#### **Beleids effecten**

Het beleid richt zich in 2004 op de volgende twee beleids effecten:

- Het huidige niveau van beschikbaarheid, veiligheid, kwaliteit en traceerbaarheid van bloedproducten in Nederland handhaven.
- Het aantal bijwerkingen door verkeerd gebruik van bloed in de praktijk verminderen.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

De Stichting Transfusie Reacties In Patiënten (TRIP) registreert bijwerkingen van bloedproducten en rapporteert daarover.

#### *Overleg*

Voor het gebruik van bloed in de praktijk wordt, in overleg met de IGZ, onderzocht of stimulering nodig is van door het CBO ontwikkelde donatiecriteria in ziekenhuizen.

#### *Onderzoek*

Eind 2003 zal de evaluatie van de Wet inzake bloedvoorziening (1998) worden afgerond. Dit zal in 2004, waar nodig, leiden tot aanpassing van het beleid. Ook zal bekeken worden of de wettelijk voorgeschreven jaarlijkse cyclus kan worden verlengd naar een meerjarige cyclus. Daarmee kan zowel de externe als interne administratieve belasting worden verminderd.

##### *Premiegerelateerde instrumenten*

#### *Wet- en regelgeving*

In 2004 worden voorbereidingen getroffen om de Europese richtlijn bloed (2003) in te passen in de Nederlandse wetgeving. Ook wordt actief deelgenomen aan het Europees overleg om de technische bijlage bij deze richtlijn uit te werken.

### **e. Medische biotechnologie**

#### **Beleids effecten**

Medische biotechnologie (en het stimuleren ervan) is van belang als middel om innovatieve producten en behandelingsmethoden te verkrijgen die van waarde zijn voor de zorg. Het beleid ten aanzien van medische biotechnologie richt zich op de volgende twee beleids effecten:

- De bestaande kansen benutten die nieuwe biotechnologische producten en behandelingsmethoden bieden voor verbetering van de zorg.
- Voor de lange termijn anticiperen op nieuwe biotechnologische ontwikkelingen en het stimuleren van de beschikbaarheid van met



name die biotechnologische producten en behandelingsmethoden die aansluiten bij belangrijke (toekomstige) knelpunten in de zorg. Daarbij moet voldaan worden aan zowel de relevante ethische en maatschappelijke voorwaarden, als aan de randvoorwaarden van kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid. Er zal in 2004 meer afstemming plaatsvinden tussen de diverse departementen over het beleid op het gebied van biotechnologie. Zo is het mogelijk om ondoelmatigheid of zelfs tegenstrijdigheid van beleid te voorkomen. Waar nodig zal gezorgd worden voor aanpassing van eigen beleid of zullen andere departementen gestimuleerd worden om hun beleid te herzien.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

Begin 2004 wordt een integrale beleidsagenda voor medische biotechnologie afgerond. Dit vormt een aanvulling op de diverse onderdelen van het huidige beleid. De beleidsagenda is het eindproduct van het lopende project BOB (Biotechnologie als Open Beleidsproces). Dit project zal ook leiden tot instrumenten die ons in staat stellen om deze beleidsagenda vervolgens actueel te houden, onder meer door voortdurende interactie met alle betrokken partijen. Bij die interactie gaat het om het anticiperen op zowel nieuwe biotechnologische ontwikkelingen als op (de ontwikkeling in) de ethische en maatschappelijke aspecten van biotechnologie. Om dit te realiseren wordt ook aangehaakt bij bestaande initiatieven, zoals het Forum Biotechnologie en Genetica.

Het ministerie zet de implementatie van de integrale beleidsagenda in 2004 voortvarend in. Daarbij is onder meer sprake van een intensivering van (evenwichtige) voorlichting en communicatie over de diverse aspecten van biotechnologie; ook is het de bedoeling om richting te geven aan de toekomstige ontwikkeling van waardevolle biotechnologische innovaties. Daarbij zal onder meer worden aangehaakt bij Europese initiatieven om de biotechnologie te stimuleren, zoals de EU mededeling «Biowetenschappen en biotechnologie: een strategie voor Europa».

#### *Overleg en wetgeving*

In 2004 ligt het accent op de toepassing van bestaande medisch-biotechnologische producten, om belangrijke knelpunten in de zorg op te lossen. De verantwoordelijkheid voor implementatie ligt bij zorgverzekeraars en zorgverleners. Er zal hier een stimulerende rol gespeeld worden; dat betekent ook dat belemmerende wet- en regelgeving afschaft of aanpast wordt.

#### *Onderzoek*

Op nationaal niveau worden waardevolle biotechnologische ontwikkelingen gestimuleerd binnen het lopende programma «translationeel onderzoek» bij ZonMw, gericht op de overstap van preklinisch naar klinisch gentherapieonderzoek.

### 23.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>13 879</b>	<b>21 666</b>	<b>19 447</b>	<b>17 697</b>	<b>20 174</b>	<b>19 225</b>	<b>20 814</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>14 285</b>	<b>22 799</b>	<b>21 235</b>	<b>19 092</b>	<b>21 566</b>	<b>20 814</b>	<b>20 814</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>11 174</b>	<b>19 173</b>	<b>17 606</b>	<b>15 666</b>	<b>18 205</b>	<b>17 430</b>	<b>17 430</b>
Geneesmiddelen	5 502	7 896	7 528	5 704	5 620	5 081	5 081
<i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>		1 614	1 614	1 612	1 590	1 567	1 567
Medische technologie en transplantaten	5 672	11 277	10 078	9 962	12 585	12 349	12 349
<i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>		2 724	2 655	2 587	2 536	2 556	2 556
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>3 111</b>	<b>3 626</b>	<b>3 629</b>	<b>3 426</b>	<b>3 361</b>	<b>3 384</b>	<b>3 384</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>1 485</b>	<b>390</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2004		2005		2006		2007		2008	
1.	Totaal geraamde kasuitgaven	21 235		19 092		21 566		20 814		20 814	
2.	Waarvan apparaatsuitgaven	3 629		3 426		3 361		3 384		3 384	
3.	Dus programma-uitgaven	17 606		15 666		18 205		17 430		17 430	
	Waarvan op 1 januari 2004										
4.	Juridisch verplicht	66%	11 687	64%	10 011	41%	7 509	42%	7 298	39%	6 870
5.	Bestuurlijk gebonden	21%	3 666	23%	3 666	15%	2 816	14%	2 450	14%	2 449
6.	Beleidsmatig gereserveerd	12%	2 068	13%	1 989	31%	5 621	38%	6 674	41%	7 103
7.	Beleidsmatig nog niet ingevuld	1%	185	0%	0	12%	2 259	6%	1 008	6%	1 008
8.	Totaal	100%	17 606	100%	15 666	100%	18 205	100%	17 430	100%	17 430

Onder juridisch verplicht zijn opgenomen de structurele subsidies en de meerjarige projectsubsidies en opdrachten. De bijdragen aan de agentschappen voor het donorregister en farmatec zijn als bestuurlijk gebonden geoormerkt. Ten slotte zijn de voortzetting van de stuurgroep weesgeneesmiddelen en de ondersteuning van de familiale donortransplantatie onder de beleidsmatig gereserveerde uitgaven opgenomen.

#### Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Farmaceutische hulp	4 440,2	4 311,3	4 645,1	5 070,9	5 510,7	5 510,7
Subsidies	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3
Totaal	4 453,5	4 324,6	4 658,4	5 084,2	5 524,0	5 524,0
Procentuele mutatie		- 2,9	7,7	9,1	8,7	

In de bovenstaande tabel zijn de ramingen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van geneesmiddelen en medische technologie. In deze ramingen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvor-

ming rond de Voorjaarsbrief Zorg 2003 en het Hoofdlijnenakkoord verwerkt. Daarbij is een jaarlijkse groei van de uitgaven voor geneesmiddelen van 11,0% verondersteld.

#### **23.4 VBTB-paragraaf**

Op het gebied van de geneesmiddelen zijn veel gegevens beschikbaar over prijs en volume. Daarmee kan per maand worden gekeken of de gerealiseerde uitgaven binnen het beschikbare kader blijven. Het benoemen en kwantificeren van oorzaken van prijs- en volume ontwikkelingen, en de afwijkingen hiervan ten opzichte van de raming is moeilijk, met name wanneer binnen relatief korte tijd verschillende maatregelen zijn getroffen. Op dit soort vragen wordt een antwoord gevonden in de vorm van benchmarks, evaluaties en monitors die door de diverse kennisinstituten worden gepresenteerd.

Op het terrein van de kwaliteit en doelmatigheid van de farmaceutische zorg en het zichtbaar sturen door de verzekeraar is aanzienlijk minder informatie beschikbaar. De eerstkomende jaren zal gebruik gemaakt worden van een procesindicator, namelijk het functioneren van het fto in de regio. De kwaliteit van het fto maakt zichtbaar of er sprake is van een goed functionerend samenwerkingsverband van voorschrijver en afleveraar. Over twee jaar zal het NIVM, samen met de SFK, in staat zijn aan te geven of dit samenwerkingsverband een positieve invloed heeft op de doelmatigheid van het werkelijke voorschrijfgedrag. Op dat moment is het ook mogelijk om zorgverzekeraars aan te spreken op de situatie voor hun verzekerden en streefwaarden af te spreken. Op basis van een onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (prestatie-indicatoren voor de Balanced Scorecard specifiek voor geneesmiddelen) en het CVZ (rapport over de vorderingen door de zorgverzekeraars) zal in 2004 een keuze gemaakt worden voor de meest bruikbare prestatie-indicatoren. Bij de voorbereiding van de begroting 2005 zullen deze indicatoren worden opgenomen en, zo mogelijk, worden voorzien van een streefwaarde.

Het beleid voor veilig gebruik (ketenzorg) is, evenals medische biotechnologie, nog in een ontwikkelingsfase waar geen kwantificeerbare indicatoren beschikbaar zijn. Het streven is om deze voor veilig gebruik in de begroting 2005 wél op te nemen en, afhankelijk van het ambitieniveau, te voorzien van streefwaarden. Voor de medische biotechnologie is een langer tijdsbestek nodig om hierin te voorzien. De komende twee jaar wordt expliciet gestreefd naar zichtbare en meetbare indicatoren die inzicht kunnen geven in de voortgang en ontwikkelingen op dit beleidsterrein.

Voor orgaandonatie zijn al wel voldoende indicatoren beschikbaar, zoals het aantal geregistreerde donoren en het percentage toestemmingen voor donatie. Het benoemen van streefwaarden voor deze indicatoren hangt direct samen met de inspanningen die op dit terrein verricht kunnen worden. Vooralsnog wordt als doelstelling de algemene term «vergroten van het aanbod van donororganen» gebruikt. De komende twee jaar zal kritisch gekeken worden naar de mogelijkheid voor het nader specificeren van de ambitie.

Op het gebied van weefsel en bloed zal de belangrijkste indicator voor het kwaliteitsniveau komen via signalementen van de IGZ. Geen of weinig signalen betekent voldoende kwaliteit en geen aanleiding om nader beleid te formuleren.

**Tabel 23.4: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie van Farmaco-economische richtlijnen en procedure	Juni 2003 – maart 2004
Evaluatie Wet op de bloedvoorziening	Oktober 2001 – oktober 2003
Evaluatie Wet op de orgaandonatie	Juli 2002 – april 2004
Evaluatie Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, artikel 13	September 2003 – december 2004

## BELEIDSARTIKEL 24: GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

### 24.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

We maken samen met anderen (bijvoorbeeld gemeenten) beleid om een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod te realiseren van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg. Daarbij staat de vraag van individu en samenleving voorop. Ook coördineren wij het Nederlands drugsbeleid dat erop gericht is drugsgebruik te voorkomen en gezondheidsrisico's als gevolg van dit gebruik te verminderen.

#### Subsidietaakstelling begroting

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

Tabel 24.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	2 512	4 925	6 417	6 417
Korting op projectsubsidies	5 736	10 732	8 512	12 027

#### Premiemaatregelen

Het kabinet heeft bij het aantreden voor de zorg een bezuiniging vastgesteld van € 1 miljard aan pakketmaatregelen. Daarnaast zijn extra bezuinigingen noodzakelijk, ondermeer ter facilitering van voorziene extra productie. Op de beleidsartikel worden in de sfeer van de premie-uitgaven de volgende specifieke maatregelen genomen:

Tabel 24.2: Premimaatregelen (bedragen x € 1 000 000)

Maatregel	2004	2005	2006	2007
Beperking psychotherapie	74	79	79	79

Een nadere toelichting op de pakketmaatregel staat onder de betreffende operationele doelstellingen.

### 24.2 Operationele beleidsdoelstellingen

#### 24.2.1 Drugsgebruik voorkomen en gezondheidsrisico's beperken

##### Beleideffecten

- Beperking en ontmoediging van drugsgebruik in het algemeen en cannabis- en XTC-gebruik in het bijzonder.
- Versterking van internationale samenwerking en uitwisseling op het

- gebied van onderzoek, monitoring, preventie, voorlichting en behandeling, waarbij de nadruk ligt op de Verenigde Staten (specifiek voor XTC) en Frankrijk.
- Creëren van een toenemend draagvlak bij andere landen voor een drugsbeleid volgens de Nederlandse benadering.
  - Terugdringing van de risico's van een hoog Tetra-Hydro-Cannabinol (THC)-gehalte in cannabis.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn verantwoordelijk voor de coördinatie van het drugsbeleid en bevorderen dat de inspanningen die de verschillende departementen leveren, samenhangend en consistent zijn.

Op landelijk niveau zijn wij systeemverantwoordelijk voor het preventiebeleid dat gemeenten en instellingen voor verslavingszorg uitvoeren.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

In de nota «Samenspannen tegen XTC» hebben we aangegeven dat we in de periode 2004–2006 preventieprojecten subsidiëren voor specifieke doelgroepen, zoals uitgaande jongeren. Om drugsgebruik te voorkomen, subsidiëren we onder andere het project «De Gezonde School en Genotmiddelen» en de Drugsinfolijn. Het beleid om het gebruik van cannabis te ontmoedigen wordt in 2004 geïntensiveerd met het Actieplan Ontmoediging Cannabis. De jaarlijkse massamediale campagne «Drugs, laat je niets wijsmaken», die wij eveneens subsidiëren, heeft de komende drie jaar cannabis als onderwerp.

##### *Onderzoek en monitoring*

Wat betreft onderzoek en monitoring richten we ons voornamelijk op uitgaansdrugs en cannabis. In 2004 start een internationaal onderzoeksproject naar cannabis. Hierin wordt ook aandacht besteed aan hoge THC-gehalten.

##### *Internationale samenwerking*

Om de internationale samenwerking en uitwisseling te verbeteren, richten we ons op de drugsstrategie die onder ons voorzitterschap van de EU (Europese Unie) moet worden vastgesteld. Als voorzitter van de Pompidou-groep van de Raad van Europa zetten we een verbeteringstraject in voor dit internationale orgaan.

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

#### **Beleideffecten**

We willen een omslag van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) realiseren via:

- Het overhevelen van de op genezing gerichte GGZ naar de basisverzekering en financiering van de GGZ-care uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).
- Tijdig verstrekken van juiste hulp, zodat mensen niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of verstoken blijven van hulp: dat betekent de zorgketen, in het bijzonder de eerste lijn, versterken.
- Vergroten van productie in de GGZ en de verslavingszorg.
- Verbetering van transparantie en samenhang in de forensische zorg.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk en borgen een kwalitatief hoogstaande en goed toegankelijke voorziening, waar alle verzekerden in gelijke mate aanspraak op kunnen maken (rechtszekerheid en rechtsgelijkheid). Daarnaast zijn we systeemverantwoordelijk om de juiste prikkels te geven via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) aan de betrokken partijen (afzonderlijke zorgaanbieders, lokale overheden, zorgkantoren). We hebben op het gebied van de bouw een aanjaagfunctie. Wij monitoren de voortgang van de wachtlijstproductie en spreken betrokkenen zonnodig aan op hun verantwoordelijkheden.

Bij de overheveling van op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg zijn wij verantwoordelijk voor de afbakening van de over te hevelen zorgdelen, we bewaken het wettelijke traject en we brengen de financiële gevolgen in kaart.

We faciliteren de toegankelijkheid van het zorgaanbod, doordat de honorering van alle verzekeringsaanspraken financieel haalbaar is. Dit gebeurt onder strikte voorwaarden op het gebied van verantwoording en doelmatigheid.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

Om de overheveling van alle op genezing gerichte zorg uit de AWBZ te realiseren, werken we in 2004 aan de noodzakelijke aanpassing van wet- en regelgeving, berekenen we de consequenties voor de uitgaven en de premies en vindt implementatie plaats.

De overheveling kan alleen worden uitgevoerd als de bekostigings-systematiek van de over te hevelen delen van zorg aansluit bij die in de Ziekenfondswet (ZFW). Tot en met 2005 faciliteren we daartoe de ontwikkeling en invoering van de diagnose-behandelcombinaties (DBC's) in de GGZ. In 2004 gaan alle GGZ-aanbieders proefdraaien met DBC's.

Om de zorgketen in de forensische psychiatrie te versterken, hebben wij gezamenlijk met de minister van Justitie voor een periode van drie jaar (2002–2004) middelen beschikbaar gesteld om circuits te vormen in de vijf hofressorts in ons land. Een circuit is een geformaliseerd samenwerkingsverband tussen justitiële GGZ-instellingen in de forensische psychiatrie. In 2004 worden de resultaten van de circuitvorming geëvalueerd. Daarnaast komen in 2004 de resultaten beschikbaar van een onderzoek naar de behoefte aan jeugdforensische voorzieningen. Adequate diagnostiek en verwijzing zijn belangrijke voorwaarden voor een goede zorgketen waar de zorgvraag op de juiste plek wordt beantwoord. Vanuit de invoering van de indicatiestelling in de AWBZ is geld beschikbaar om de forensische indicatiestelling en zorgtoewijzing per 1 januari 2004 te kunnen invoeren.

##### *Wet- en regelgeving*

In de geestelijke gezondheidszorg wordt gewerkt aan het vergroten van de doelmatigheid. We kunnen de doelmatigheid onder andere verbeteren door de deskundigheid van de hulpverleners te vergroten en de samenwerking tussen diverse groepen hulpverleners te stimuleren. Daartoe zetten we de subsidie voort om multidisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen voor de geestelijke gezondheid. Dit project loopt tot 2007.

### *Onderzoek en monitoring*

Het versterken van de zorgketen, in het bijzonder de eerstelijns-GGZ, is al jaren een speerpunt van ons beleid. De verschillende maatregelen die hiervoor zijn genomen, worden in een uitgebreid onderzoeksprogramma geëvalueerd. Medio 2004 verwachten wij de resultaten van deze evaluatiestudie.

De evaluatiestudie moet ook inzicht geven in mogelijke wijziging in «patiëntenstromen». De komende jaren moet zichtbaar worden dat de eerste lijn steeds vaker hulpvragen opvangt. Dit heeft ook effect op de wachttijden en wachtlijsten voor de gespecialiseerde GGZ.

### *Kwaliteit*

In 2004 werken we aan verdere integratie van de eerstelijns-GGZ in de algemene eerstelijnsgezondheidszorg. Uitgangspunt hierbij vormt de VWS-brede beleidsontwikkeling rond versterking van de eerstelijnszorg.

## **Premiegerelateerde instrumenten**

### *Subsidies*

VWS subsidieert het bevorderen van de deskundigheid van hulpverleners in de eerstelijns-GGZ over GGZ-problematiek. Dit wordt de consultatieregeling genoemd. Via subsidies regelen we dat tweedelijns hulpverleners vanuit de gespecialiseerde GGZ adviezen (consultaties) kunnen geven aan hulpverleners in de eerste lijn.

Ook versterking van de tweede lijn draagt bij aan een goede basis van de zorgketen. De komende periode zal ook op het gebied van de tweedelijnszorg nadere integratie tussen GGZ en algemene gezondheidszorg worden bevorderd. Dit gebeurt door het beleid te herzien rond Regionale GGZ-centra (RGC's), waarin algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde GGZ gezamenlijk aanbod bieden. De behandeling van gezondheidsproblemen wordt aantoonbaar doelmatiger en effectiever als zowel de psychische als de somatische problematiek aandacht krijgt.

Om de doelmatigheid te versterken, wordt de indirecte bekostiging van de vrijgevestigde psychotherapeuten per 1 januari 2004 omgezet in een directe bekostiging als verstrekking onder de AWBZ. Deze doelgroep wordt dan onder werkings sfeer van de WTG gebracht.

Uit het Hoofdpijnenakkoord vloeit een beperking van het aantal behandelingen ambulante psychotherapie voort. Vanaf 1 januari 2004 worden, ongeacht het ziektebeeld en ongeacht de aanbieder, maximaal 30 behandelingen vergoed.

Om de overgang voor lopende psychotherapieën te vergemakkelijken is er voorzien in een overgangsmaatregel. Hierdoor bestaat vanaf 1 januari 2004 ook bij lopende therapieën nog aanspraak op maximaal 30 zittingen, tenzij eerder het huidige maximum van 90 zittingen wordt bereikt.

### *Productie*

In de geestelijke gezondheidszorg waren er de afgelopen jaren meer klinische opnamen, maar is de gemiddelde opnameduur aanzienlijk afgenomen van 182 dagen in 1994 naar 126 dagen in 2001. De dagbehandelingen en de ambulante contacten laten een duidelijke stijging zien. Het aantal bewoners in een Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (RIBW) is licht gestegen. Dit is een direct gevolg van de wachtlijstmiddelen die zijn ingezet voor RIBW'en.



Als gevolg van de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld en de geplande volumebouw, verwachten we dat de intramurale productie in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg met 0,7% stijgt. Als gevolg van de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld, verwachten we dat de extramurale productie in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg met 5,5% stijgt. Hierbij is uitgegaan van de samenstelling van het wettelijk pakket in 2002. Daarbij is het mogelijk dat een deel van de productiestijging niet gerealiseerd wordt in de vorm van bovenvermelde extramurale producten, maar via persoonsgebonden budgetten (PGB's).

De vraag naar zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg staat naast de demografische ontwikkeling onder invloed van diverse andere factoren, zoals de zogeheten latente vraag, technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Hierdoor is vooraf een accurate inschatting van de vraagontwikkeling niet goed mogelijk. Het is dan ook niet goed in te schatten in hoeverre de productiestijging die door de extra beschikbare middelen mogelijk is, daadwerkelijk kan leiden tot vermindering van de wachttijden.

#### *Wet- en regelgeving*

In de geestelijke gezondheidszorg worden cliënten voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ge(her)indiceerd op basis van functionele aanspraken. De zorg wordt in natura geleverd door toegelaten zorginstellingen, door gecontracteerde personen of in de vorm PGB nieuwe stijl (zie voor PGB's nieuwe stijl tevens artikel 25). Daarnaast wordt zorg geboden via een aantal andere door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uitgevoerde subsidieregelingen.

Voor productie is vanaf 2003 structureel € 262 miljoen extra beschikbaar. Voor 2004 is nog eens € 83 miljoen beschikbaar.

In het kader van de wachtlijstaanpak wordt via de WZV uitbreidingsbouw gerealiseerd. Daarnaast vindt er uitbreidingsbouw plaats voor RIBW'en.

Om ontwikkelingen in de wachtlijsten te monitoren zal ook voor de geestelijke gezondheidszorg het AWBZ-brede ZorgregistratieSysteem (AZR) worden gebruikt. Aan het specifiek voor de geestelijke gezondheidssector geldende Zorgis wordt in 2004 verder gebouwd. Zorgis is een patiëntgebonden zorgregistratiesysteem waardoor de GGZ-instellingen onder andere inzicht hebben in de wachtlijsten en waarmee ze op termijn de DBC's registreren. Zorgis wordt deels met middelen van VWS gerealiseerd. In 2005 zal het systeem volledig operationeel zijn.

Het project Psychiater en Kwaliteit heeft als doel de kwaliteit en effectiviteit van de hulpverlening van vrijgevestigde psychiaters te verbeteren en inzichtelijk te maken. In 2004 is € 2,8 miljoen beschikbaar.

Om de transparantie en samenhang in het forensisch zorgaanbod te verbeteren, wordt er in 2004 € 28 500 beschikbaar gesteld om specifieke zorgprogramma's voor deze doelgroep te ontwikkelen. In 2004 zijn drie basisprogramma's beschikbaar: 1) voor forensisch-psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis; 2) voor forensisch-psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in combinatie met agressie/geweld en 3) voor forensisch-psychiatrische patiënten die seksuele delicten hebben gepleegd.

In 2004 worden de informatiesystemen die in de forensische psychiatrie

beschikbaar zijn in kaart gebracht. Daarnaast wordt onderzoek verricht naar instrumenten om het risico te taxeren en naar behandelresultaten in de forensische psychiatrie.

#### *Wachtlijstaanpak*

In 2004 zullen de wachtlijsten verder worden aangepakt volgens de carebrede aanpak. Deze aanpak, waarover de Tweede Kamer al is geïnformeerd (TK 2002–2003, 28 600 XVI, nr. 43), houdt in dat regionale partijen een plan met toetsbare resultaten opstellen om de wachtlijsten op te lossen. Dit proces wordt gefaciliteerd door de zorgkantoorregio's te voorzien van een prognose (beeld van aanpak) van de te verwachten vraag naar zorg voor de komende jaren. Eind 2004 dient er voor alle regio's een beeld van aanpak gereed te zijn. Dit document vormt een basis om met het zorgkantoor te gaan overleggen over de regionale aanpak. Het streven is dat tien zorgkantoorregio's eind 2004 een plan van aanpak hebben opgesteld voor (een deel van) de regio.

Als er concrete knelpunten zijn met betrekking tot het realiseren van aanbod via bouw, wordt het Operationeel Team Wachtlijsten ingezet om die knelpunten op te lossen.

Met betrekking tot de wachtenden voor een plaats in een RIBW geldt dat driekwart van het aantal wachtenden voor beschermd wonen wel al andere zorg ontvangt. Dit belemmert de doorstroming omdat zij plekken bezet houden waarvoor andere wachtenden zijn geïndiceerd.

In het kader van de carebrede regionale wachtlijstaanpak besteden we in 2004 extra aandacht aan het verkorten van de wachttijd voor beschermd wonen. Samen met de betrokken partijen kijken we naar de specifieke knelpunten die zich eventueel hierbij kunnen voordoen en onderzoeken we mogelijke oplossingen voor die knelpunten. Door de wachttijd te verkorten helpen we de wachtenden en bevorderen we de doorstroming in de gehele GGZ.

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

#### **Beleidseffecten**

Het doel is een goed zorgaanbod voor verslaafden, dat gericht is op duurzaam en vrijwillig afzien van middelengebruik. Waar onthouding niet mogelijk is, richt de zorg zich erop gezondheidsrisico's te stabiliseren en te beperken. Daarbij hoort een goede medische zorg met eventuele vervangende medicatie. Wij richten ons op:

- Heroïnebehandeling, met als doel dat de lichamelijke en geestelijke gezondheid van deelnemers aan de behandeling verbetert en dat zij sociaal beter gaan functioneren. Als het sociaal functioneren verbetert, kan het criminele gedrag fors afnemen en kan overlast op straat, veroorzaakt door de verslaving, worden teruggedrongen.
- Alcoholzorg met als doel de drempel naar hulpverlening te verlagen, zodat probleemdrinkers eerder worden bereikt en het uitbreiden van het ambulante hulpverleningsaanbod met nieuwe interventies. In het Actieplan Alcoholzorg zijn streefwaarden opgenomen: in drie jaar moet het aantal bereikte cliënten door de ambulante zorg zijn vergroot met 12000. In 2004 en 2005 zal GGZN (Geestelijke Gezondheidszorg Nederland) een catalogus maken van de meest effectieve projecten en helpen bij het overdragen daarvan naar andere instellingen.
- Spreiding van aanbod van voorzieningen voor verslaafden met psychiatrische problemen. Veel verslaafden hebben naast hun

- verslaving psychiatrische problemen. Doel is een landelijk gespreid aanbod van voorzieningen voor deze groep met een dubbele diagnose.
- Landelijke centrale registratie van het voorschrijven van opiumwettmiddelen om de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Het «veld» is verantwoordelijk voor de uitvoering. Wij zijn verantwoordelijk voor het systeem. Ook zijn we ervoor verantwoordelijk dat de financiële en wettelijke kaders goed worden ingevuld, dat vernieuwing wordt gestimuleerd en dat de samenwerking tussen betrokken organisaties wordt bevorderd.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

Om de drempel voor alcoholverslaafden te verlagen, is een pilot ingesteld in drie regio's met een avondspreekuur. De overige onderdelen van het Actieplan Alcoholzorg worden gefinancierd op basis van de AWBZ/premie.

Alle instellingen die met verslavingszorg te maken hebben, moeten in 2006 volledig meedoen aan de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR). Streefcijfer voor 2003 is een deelname van 10%, in 2004 streven we naar een deelname van 70% uitmondend in een volledige deelname in 2005.

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

In het Hoofdlijnenakkoord (HA) wordt gesproken over handhaving van de huidige driehonderd plaatsen ten behoeve van heroïneverstrekking. Middelen uit de enveloppe preventie/jeugdzorg is opgenomen in het HA (€ 1,5 miljoen in 2004 oplopend tot € 5 miljoen in 2007) zijn bestemd voor een bijdrage aan het continueren van de huidige 300 plaatsen ten bate van heroïneverstrekking.

De Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaving (CIBH) heeft onlangs de minister geadviseerd de huidige behandelcapaciteit uit te breiden tot een structureel aanbod van ongeveer duizend op jaarbasis. In het najaar van 2003 bieden wij een kabinetsstandpunt aan de Tweede Kamer aan over heroïneverstrekking.

##### *Wet- en regelgeving*

Via de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) kan een regionaal gespreid aanbod gerealiseerd worden van voorzieningen voor patiënten met verslaving en psychiatrische stoornissen. Instellingen moeten wel zelf het initiatief nemen om een aanvraag daarvoor in te dienen. Op diverse plaatsen in Nederland is een gezamenlijk aanbod vanuit de psychiatrie en de verslavingszorg in voorbereiding.

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

##### **Beleidseffecten**

- Versterking van de kwaliteit en effectiviteit van maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, waaronder versterking van de informatievoorziening en verbetering van de toegankelijkheid. Dit moet bijdragen aan de doorstroming in de maatschappelijke opvang.
- Verbetering van de hulp en opvang van slachtoffers van huiselijk en seksueel geweld.
- Uitbreiding van de capaciteit in de maatschappelijke opvang (in het bijzonder de 24-uurs opvang), vrouwenopvang en zwerfjongeren. De voorzieningen in de maatschappelijke opvang, inclusief de vrouwenopvang, zijn «verstopt» geraakt. Deze verstopping in de maatschappelijke opvang wordt vooral veroorzaakt doordat cliënten met permanente begeleiding niet in andere voorzieningen of huisvesting terecht kunnen.

Naar aanleiding van het ambtelijk IBO-rapport (Interdepartementaal Beleidsonderzoek) Maatschappelijke opvang nemen we maatregelen om de doorstroom in de maatschappelijke opvang te bevorderen. Deze maatregelen moeten er voor zorgen dat er geen mensen tegen hun wil op straat of in gewelddadige (thuis)situaties verblijven en dat mensen niet onnodig lang in de maatschappelijke opvang verblijven. Een kabinetsstandpunt op het IBO-rapport sturen wij in oktober 2003 naar de Tweede Kamer.

##### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk voor de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Wij stellen centrumgemeenten met specifieke uitkeringen in staat een gepast en uiteenlopend voorzieningenniveau te realiseren. We stimuleren nieuw beleid en vernieuwing. Centrumgemeenten moeten een beleidsvisie ontwikkelen voor de gehele regio. Wij vragen hun sectoren zoals de GGZ en volkshuisvesting, die dicht tegen de maatschappelijke opvang aan zitten, ook aan te spreken op hun verantwoordelijkheden en dit zonodig vast te leggen.

##### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

###### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

###### *Capaciteit*

In het Hoofdlijnenakkoord zijn voor huiselijk geweld, vrouwenopvang en maatschappelijke opvang extra middelen beschikbaar gesteld in de enveloppe preventie/jeugdzorg. Voor huiselijk geweld, preventie en vrouwenopvang ontvangen VWS en Justitie in 2007 respectievelijk € 4 miljoen en € 6 miljoen. In 2004 heeft VWS € 1,2 miljoen beschikbaar voor huiselijk geweld en vrouwenopvang.

Voor maatschappelijke opvang in den brede is in 2007 € 8 miljoen gereserveerd op de begroting van VWS. In 2004 is hiervoor € 2,4 miljoen beschikbaar.

De precieze inzet van deze middelen krijgt een plaats in het kabinetsstandpunt op het IBO-rapport maatschappelijke opvang. Uitgangspunt hierbij is dat de gelden primair, daar waar mogelijk, zijn gericht op het vergroten van de capaciteit. Er dient zoveel mogelijk ruimte te zijn voor de lokale partijen voor de inzet van de betreffende gelden. Dit onder de

voorwaarde van heldere outcome-doelstellingen en een adequate verantwoordingsstructuur. De mogelijkheden van een brede doeluitkering in de sociale pijler zullen bij de nadere uitwerking nadrukkelijk worden betrokken.

#### *Onderzoek en overleg*

De kwalitatieve versterking van de maatschappelijke opvang wordt gerealiseerd door meer kennis te ontwikkelen, met als doel de effectiviteit van de maatschappelijke opvang te verhogen. Dat vraagt vooral om intensivering van wetenschappelijk onderzoek, om stimuleringsprogramma's van richtlijnen en om de koppeling van kenniscentra aan instellingen.

De kwaliteit van de vrouwenopvang moet beter afgestemd worden op de vaak complexe vraag. Daarnaast moet de toegang tot de vrouwenopvang verbeterd worden. De huidige instroomprocedures zijn ontoereikend en zullen aangepast worden.

#### *Kwaliteit*

Het aantal cliënten in de eerste- en tweedelijns-GGZ bestaat (naar schatting) voor 20 tot 30% uit slachtoffers van seksueel misbruik, verkrachting en huiselijk geweld. Zij zoeken hulp om hun trauma's te verwerken. Onderzoek toont aan dat de kwaliteit van de hulp aan deze cliënten in de GGZ achterblijft. Samen met GGZ-Nederland wordt een traject ingezet om die kwaliteit van de hulp te verbeteren.

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

#### **Beleidseffecten**

Het doel is mensen met een psychische handicap of mensen die om een andere reden in een kwetsbare positie verkeren, volwaardig te laten deelnemen aan de samenleving, dan wel achterstand in hun gezondheid tegen te gaan. Dit wordt bereikt als deze mensen zichzelf kunnen handhaven in de maatschappij en niet meer «terugvallen» in hun oude situatie (met eventuele bijkomende overlast en/of huisuitzetting).

Wij richten ons op:

- Vergroting van de maatschappelijke (re)integratie van mensen met een psychische handicap en/of een verslavingsprobleem of mensen die om een andere reden in een kwetsbare positie verkeren.
- Versterking van de rechtspositie van psychiatrische patiënten.
- Versterking van de positie van cliënten en hun organisaties in de GGZ, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang: de positie en invloed van deze groepen cliënten en hun belangenorganisaties moet op hetzelfde niveau komen als die van andere cliënten(organisaties) in de gezondheidszorg.
- Verbetering van de gezondheidszorg van asielzoekers en illegalen.
- Geven van een betere toegang tot zorg voor allochtone cliënten, voor zover die toegang niet gelijk is aan die van autochtonen (interculturalisatie van de zorg).
- Verbetering van de categorale eerstelijns-seksualiteitshulpverlening, ook om intensiever te werken aan de preventie van ongewenste zwangerschap.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn verantwoordelijk voor het systeem. Wij creëren randvoorwaarden (wettelijke kaders en financiële ondersteuning), stimuleren innovatie en bevorderen samenwerking op landelijk niveau tussen betrokken (koepel)-organisaties. Dat laatste is nodig om betrokken partijen op lokaal/regionaal niveau in staat te stellen afspraken te maken over een sluitende maatschappelijke aanpak voor mensen in een sociaal kwetsbare positie. Partijen in de regio zijn er – onder regie van de gemeente – gezamenlijk verantwoordelijk voor dat dit sluitende systeem georganiseerd en uitgevoerd wordt.

Voor ingezetenen met een niet-westerse culturele achtergrond, vluchtelingen en asielzoekers, bevorderen we dat er medische zorg en maatschappelijke hulpverlening is en dat mensen daar toegang toe hebben. Wij zijn samen met de minister van Justitie resultaatverantwoordelijk voor het effect van de wet- en regelgeving rondom de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Wet- en regelgeving*

Naast het ontvangen van reguliere zorg, worden mensen met een psychische handicap ook ondersteund door gemeenten bij het dagelijks maatschappelijk functioneren. Ons vermaatschappelijkbeleid richt zich op het door gemeenten laten organiseren van «steunsystemen». Een steunstelsel bestaat uit bijvoorbeeld dagbesteding, werk, vrije tijdsbesteding, maaltijdvoorziening.

De wet BOPZ regelt de procedure van gedwongen opname van onder andere psychiatrische patiënten en de rechtspositie van deze patiënten tijdens het gedwongen verblijf in een BOPZ-instelling. Om de rechtspositie van psychiatrische patiënten te versterken, zijn er in 2003 twee wetsvoorstellen tot wijzigingen in de Wet BOPZ bij het parlement ingediend. De eerste wetswijziging betreft de zogenoemde zelfbinding, en zal naar verwachting in 2004 in werking treden. Dit wetsvoorstel is alleen van belang voor de psychiatrie en niet voor de andere twee BOPZ-sectoren (de psychogeriatrie en verstandelijk gehandicaptensector). Hiermee kunnen psychiatrische patiënten meer invloed uitoefenen op situaties waarin zij opgenomen en behandeld willen worden. De tweede wetswijziging is bedoeld om de klachtenregeling van de Wet BOPZ te herzien, en heeft betrekking op alle drie de BOPZ -sectoren. Daarin wordt de klachtregeling ten behoeve van de patiënt herzien en uitgebreid. De parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel zal, naar verwachting, in 2004 worden afgerond.

Om personen die vermoedelijk voldoen aan de criteria voor een gedwongen opname beter te kunnen diagnosticeren, is de observatiemachtiging in het leven geroepen. Die observatie moet duidelijk maken of de patiënt gedwongen opgenomen moet blijven, of dat andere hulpverlening noodzakelijk is. De observatiemachtiging zal naar verwachting eind 2003 of begin 2004 in werking treden. Alvorens de observatiemachtiging in werking zal treden dient de zogeheten Reparatiewet van kracht te zijn. In deze wetswijziging worden enkele omissies in de wetswijziging van de observatiemachtiging hersteld.

### *Subsidies*

We versterken de positie van de cliënt door projecten te ondersteunen die zich richten op samenwerking met de partijen in een regio. Doel van dit programma is de positie van de GGZ-client in de regio te versterken. In 2004 wordt het programma geëvalueerd.

Om de gezondheidszorg van illegalen toegankelijk te houden, kan een behandelaar uit de eerstelijnsgezondheidszorg en uit de AWBZ-gefinancierde zorg een beroep doen op de regeling Koppeling. Zorgverleners vinden de regeling ingewikkeld. In 2004 evalueren we de huidige arrangementen op dit terrein: de regeling Koppeling en de budgetpost «oninbare rekeningen».

Infectieziekten bij asielzoekers en illegalen vormen een blijvend risico voor de volksgezondheid. Dit ondanks het feit dat de instroom van asielzoekers sterk terugloopt. Dit heeft tot gevolg dat de zorgcapaciteit snel afgebouwd wordt, waardoor de organisatie en beschikbare kennis van infectieziekten onder druk komen te staan. De Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose (KNCV) wordt daarom voor de periode 2004–2006 in staat gesteld om een coördinerende rol te vervullen, om zo de kwaliteit en de continuïteit van de screening op infectieziekten te waarborgen.

In 2004 worden de laatste projecten uit het programma Interculturalisatie van GGZ-Nederland afgerond. De resultaten van het hele programma (2001–2004) zullen in een eindevaluatie worden beschreven.

### **Premiegerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

Met het oog op maatschappelijke reïntegratie kunnen mensen uit kwetsbare groepen de regeling voor het PGB en de subsidieregeling *Zorgvernieuwingsprojecten GGZ* gebruiken om de zorg die ze nodig hebben naar eigen inzicht in te richten. Met deze «cliëntgestuurde» projecten krijgen cliënten ook meer inspraak. De projecten hebben een lage drempel en dragen eveneens bij aan de vermaatschappelijking.

Met ingang van 1 januari 2002 is de Rutgers-hulpverlening eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening, bedoeld voor cliënten die niet naar de huisarts willen gaan ondergebracht bij abortusklinieken. Door de preventieve taak binnen de abortusklinieken te versterken, moet onder meer een daling van het aantal recidives gerealiseerd worden. In 2004 en 2005 moet blijken of de organisatie, structuur en financiering van de eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening adequaat en effectief is. In dit kader voert de Rutgers Nisso Groep een kwantitatieve registratie en een cliënttevredenheidsonderzoek uit.



## 24.3 Budgettaire gevolgen van beleid

### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>324 200</b>	<b>287 021</b>	<b>292 901</b>	<b>284 688</b>	<b>291 567</b>	<b>291 823</b>	<b>291 924</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>298 053</b>	<b>309 434</b>	<b>299 237</b>	<b>288 921</b>	<b>292 054</b>	<b>291 924</b>	<b>291 924</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>294 787</b>	<b>306 356</b>	<b>296 285</b>	<b>286 149</b>	<b>289 341</b>	<b>289 211</b>	<b>289 211</b>
Drugsgebruik	5 307	5 647	7 343	7 542	7 569	7 569	7 569
Geestelijke gezondheidszorg	33 394	35 057	24 856	16 352	15 994	13 321	13 321
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	3 651	12 652	0	0	0	0	0
Verslavingszorg	14 630	17 458	9 879	7 551	9 368	9 365	9 635
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	5 486	6 050	0	0	0	0	0
Maatschappelijke en vrouwenopvang	221 563	228 308	232 356	234 616	238 064	240 423	240 423
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	171 971	227 860	227 791	227 792	227 791	227 791	227 791
Specifieke doelgroepen en samenleving	19 893	19 886	21 851	20 088	18 346	18 263	18 263
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>3 266</b>	<b>3 078</b>	<b>2 952</b>	<b>2 772</b>	<b>2 713</b>	<b>2 713</b>	<b>2 713</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>3 231</b>	<b>1 982</b>	<b>1 361</b>	<b>1 361</b>	<b>1 361</b>	<b>1 361</b>	<b>1 361</b>

### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	299 237	288 921	292 054	291 924	291 924
2. Waarvan apparaatsuitgaven	2 952	2 772	2 713	2 713	2 713
3. Dus programma-uitgaven	296 285	286 149	289 341	289 211	289 211
Waarvan op 1 januari 2004					
4. Juridisch verplicht	4% 12 040	1% 3 581	1% 2 554	1% 1 849	1% 1 702
5. Bestuurlijk gebonden	84% 247 830	86% 245 258	84% 243 494	84% 243 496	84% 243 496
6. Beleidsmatig gereserveerd	12% 36 733	13% 37 628	15% 43 611	15% 44 184	15% 44 331
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
8. Totaal	100% 296 285	100% 286 149	100% 289 341	100% 289 211	100% 289 211

Van de bestuurlijk gebonden activiteiten heeft het merendeel (88%) betrekking op de specifieke uitkeringen maatschappelijke opvang/verslavingsbeleid en vrouwenopvang. In verband met het project «korting projectsubsidies» heeft nog geen besluitvorming plaatsgevonden over de uiteindelijk uit te voeren projecten.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
GGZ	2 968,2	2 926,0	2 985,3	3 053,7	3 066,1	3 077,2
Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen (PAAZ-en)	136,8	136,8	136,8	136,8	136,8	136,8
Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten	62,4	62,4	62,4	65,2	65,2	65,2
TBS-instellingen	138,5	138,6	138,6	138,6	138,6	138,6
Subsidieregelingen GGZ	49,8	50,7	50,7	50,7	50,7	50,7
Groeiruinimte geestelijke gezondheidszorg	84,5	153,0	192,4	245,1	314,1	314,1
Totaal	3 440,2	3 467,5	3 566,2	3 690,1	3 771,5	3 782,6
Procentuele mutatie		0,8	2,9	3,5	2,2	0,3



In de bovenstaande tabel zijn de ramingen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

In deze ramingen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Voorjaarsbrief Zorg 2003 en het Hoofdlijnenakkoord verwerkt. Onderaan de tabel is de gereserveerde groei ruimte afzonderlijk weergegeven. Voor een toelichting op de verdeling van deze middelen over de verschillende zorgsectoren wordt verwezen naar de bijlage FBZ. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor 2003 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2004 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

#### **24.4 VBTB-paragraaf**

Het eindperspectief voor 2006 voor dit beleidsartikel moet worden gezien in het licht van een voor de hand liggende verdergaande integratie van de algemene en operationele doelstellingen van de AWBZ-sectoren. Hierbij zullen de doelstellingen worden geherformuleerd, waarbij rekening wordt gehouden met de ervaringen met VBTB in de afgelopen jaren.

Het brancherapport «Geestelijke gezondheidszorg/Maatschappelijke zorg 1998–2001», dat in november 2002 aan de Tweede Kamer is aangeboden, geeft met feiten en cijfers de stand van zaken in deze sectoren weer. In mei 2004 verschijnt de volgende uitgave over de periode 2000–2003. In 2002 is het eerste jaarbericht van de Nationale Monitor Geestelijke gezondheid gepubliceerd. Met de Nationale Drugmonitor en de Monitor Maatschappelijke Opvang wordt de Nationale Monitor Geestelijke gezondheid geleidelijk beter toegerust om kwantitatieve prestatiegegevens over doelmatigheid en doeltreffendheid van beleid in de tijd te rapporteren.

Om prestatiegegevens beschikbaar te maken, is in 2003 het project Prestatie-indicator Effectiveness Mental Health gestart. Het doel is een beperkte set prestatie-indicatoren te ontwikkelen en te implementeren op micro-, meso- en macroniveau voor de GGZ, de verslavingszorg, de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, het maatschappelijk werk, de seksualiteitshulpverlening, en de preventie-inspanningen op deze terreinen. Deze gegevens worden zoveel mogelijk verzameld via de reguliere kanalen (zorggegevenssets, instellingsinformatiesystemen, landelijke registraties). Eind 2004 levert het project de eerste resultaten op. Een aantal van de gegevens zal beschikbaar zijn voor het opstellen van de begroting 2005. Het streven is er op gericht dat in 2006 de gegevens landelijk beschikbaar zijn.

In 2004 zal de revisie van de registratieregeling *Verslavingsbeleid* en het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (ambulante verslavingszorg) gereed zijn. In dat jaar is ook de implementatie van de registratieregeling en de monitoringregeling Maatschappelijke Opvang/Vrouwenopvang (Welzijnswet 1994) een feit.

**Tabel 24.3: overzicht geplande Evaluaties**

Operationele doelstellingen	Onderzoek	Geplande uitvoering
1. Drugsgebruik voorkomen en gezondheidsrisico's gerelateerd aan dit gebruik beperken	Evaluatie Uitgaan & Drugs Evaluatie Interactieve XTC-voorlichting	2006 2007
2. Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van geestelijke gezondheidszorg, dat aansluit op de zorgvraag	Evaluatie versterking eerstelijns-GGZ (Nivel) Evaluatie NMG (Nationale Monitor Geestelijke gezondheid)	2004 2005
3. Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg, dat aansluit op de zorgvraag	Effect- en procesevaluatie forensische verslavingskliniek	2006
4. Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, dat aansluit op de zorgvraag	Evaluatie stimuleringsregeling Evaluatie Monitor Maatschappelijke Opvang	2004 2005
5. Een toegankelijk en kwalitatief goed zorgaanbod dat aansluit op de zorgvraag van specifieke doelgroepen en samenleving	Evaluatieprogramma «Versterking positie GGZ-cliënt in de regio» Evaluatie van de nieuwe (observatie)machtiging Vijfjaarlijks evaluatie van de Wet BOPZ	2004 2004 2007

### 25.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Over dit door de Tweede Kamer als «groot project» aangewezen moderniseringsprogramma wordt twee keer per jaar aan de Kamer gerapporteerd. De jaarlijks in februari uit te brengen rapportage wordt voorzien van een externe audit.

Om de omslag van aanbod- naar vraagsturing te kunnen realiseren is per 1 april 2003 het gewijzigde Besluit Zorgaanspraken in werking getreden. Hierdoor worden de aanspraken gedefinieerd in zorgfuncties in plaats van instellingsgebonden aanspraken. Deze wijziging was, behalve noodzakelijk om tot een vraaggestuurd systeem te komen, ook een voorwaarde tot het slechten van de schotten tussen de sectoren met het oog op de flexibilisering en dynamiek in de sector. In lijn hiermee ligt het in de komende jaren harmoniseren en bundelen van de sectorgebonden geldstromen. Voor het persoonsgebonden budget (PGB) geldt reeds vanaf 1 april 2003 dat er sprake is van een AWBZ-brede bekostiging voor budgethouders. Tot 1 januari 2007 geldt een overgangsregime voor huidige budgethouders. Huidige budgethouders maken de overstap naar de PBG-regeling nieuwe stijl op het moment dat er een nieuwe indicatie nodig is. Dit leidt er toe dat in de komende jaren het budget verschuift van de sectorbudgetten naar een AWBZ-breed budget. Voor de bekostiging van de naturazorg vindt ook een fasegewijze overstap plaats. Met het per 1 januari 2004 zetten van de eerste stap in de richting van bekostiging op basis van functies wordt de extramurale zorg AWBZ-breed gedefinieerd. Voor de intramurale zorg zal een gefaseerde invoering meer tijd vergen. En voor zowel extra- als intramuraal zal een overgangsregime noodzakelijk zijn.

Dit beleidsartikel zal in de toekomst steeds uitgebreider worden net zolang tot het de totale ontschotte AWBZ-sector bevat.

Met de introductie van vraagsturing en het beschikbaar stellen van middelen daarvoor is de productie de afgelopen jaren flink gestegen. Tegelijkertijd wordt een dynamiek zichtbaar die de houdbaarheid van de AWBZ onder druk zet. Verantwoordelijkheden zijn niet altijd helder afgebakend en systeemprikkels niet altijd stevig genoeg om een doelmatige uitvoering te waarborgen. Bovendien staat ons de komende jaren een vergrijzinggolf te wachten die bij ongewijzigd beleid de uitgaven in de AWBZ sterk zal doen oplopen. Ook het actuele economisch tij en de budgettaire problematiek maken het urgent om stappen te nemen die de financiële houdbaarheid van de AWBZ vergroten. Daartoe wordt een afzonderlijk document opgesteld, dat zo spoedig mogelijk dit najaar aan de Kamer zal worden aangeboden.

#### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 25.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	984	984	984	984
Korting op projectsubsidies	0	0	0	0

## 25.2 Operationele beleidsdoelstellingen

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

#### Beleidseffecten

In een vraaggestuurde zorgverzekering is de toegang een belangrijke schakel, zowel uit oogpunt van de beoordeling van de zorgvraag van een cliënt, als de regulering door de overheid van deze claimbeoordeling. De in de 2003 ingevoerde functiegerichte indicatiestelling (ontschotting, protocollering, automatisering) is een belangrijke voorwaarde voor het landelijk normeren en organiseren van de indicatiestelling. In 2004 moet deze normering en uniformering zijn beslag krijgen in regelgeving, vereenvoudiging en harmonisatie van de indicatiestelling en nadere vormgeving van de organisatie en de bedrijfsvoering. Deze normering moet ook bijdragen aan het doelmatig inzetten van zorg.

#### Aard van de verantwoordelijkheid

De rijksoverheid stelt via wet- en regelgeving eisen aan de werkwijze van indicatieorganen. De verantwoordelijkheid voor de financiering van de indicatieorganen en voor de kwaliteit van de bedrijfsvoering is neergelegd bij de gemeenten. Over de vraag of de huidige verantwoordelijkheidsverdeling adequaat is georganiseerd om tot een doelmatige inzet van zorg en zorgmiddelen te komen, heeft het College implementatie indicatiebeleid (commissie Buurmeijer) onlangs advies uitgebracht op basis waarvan zo spoedig mogelijk een kabinetsstandpunt zal worden geformuleerd. De operationalisering daarvan zal in 2004 ter hand worden genomen. In het Zorgindicatiebesluit is het kader vastgelegd waarbinnen de indicatieorganen hun taken uitvoeren.

#### Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

##### Premiegerelateerde instrumenten

Door middel van beleidsregels kunnen onderdelen van het landelijk protocol indicatiestelling en afspraken over het berichtenverkeer met zorgkantoren algemeen verbindend worden verklaard. Dit is van belang voor de kwaliteit van de indicatiestelling en het bewaken van de rechtsgeelijkheid en de afstemming tussen de functie indicatiestelling en de daarop aansluitende functies zorgbemiddeling en wachtlijstbeheer van de zorgkantoren en zorglevering door zorgaanbieders. Met landelijke projecten wordt de bevordering van de deskundigheid, uniformering van werkprocessen, voortgaande automatisering en standaardisering van het indicatieproces gefaciliteerd. Met het oog op de verbetering van de bedrijfsvoering zijn een stimuleringsprogramma voor lokale loketten en projecten voor benchmarking, certificering en wetenschappelijk onderzoek opgezet. Voortgangbewaking en resultaatmeting vormen voor dergelijke projecten een vast onderdeel. Er wordt naar gestreefd om per 1 januari 2004 het in het Zorgindicatiebesluit genoemde Landelijk Centrum Indicatiestelling te starten. In deze landelijke uitvoeringsorganisatie

worden activiteiten ter ondersteuning van het primaire proces van de indicatiestelling gebundeld. Vormgeving van de bestuurlijke structuur moet worden afgestemd op de standpuntbepaling op het advies over de bestuurlijke inbedding van de indicatiestelling van het eerder genoemde College implementatie indicatiestelling. De verdere automatisering van het indicatieproces moet zijn afgestemd op de AWBZ-brede zorgregistratie. De invulling van het landelijk protocol indicatiestelling moet aansluiten bij de werkwijze van zorgkantoren en zorgaanbieders. Voor de financiering van de genoemde faciliteiten en het stimuleringsprogramma worden begrotingsmiddelen ingezet.

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

#### **Beleidseffecten**

De zorgregistratie bevordert de doelmatigheid van de zorgtoewijzing in de keten. Na realisatie van de 3e en laatste fase in 2004 wordt op cliëntniveau geregistreerd wat de zorgvraag is, welke zorg geïndiceerd wordt en welke zorg wanneer geleverd wordt. Deze registratie vindt plaats op het niveau van de aanspraken (functies) en de omvang (klassen). Daarmee ontstaat er inzicht in zowel de geïndiceerde als de geleverde zorg en daarmee ook in de totale productiebehoefte. Een ander effect is de vermindering van de bureaucratie, doordat de papieren communicatie vervangen wordt door digitaal berichtenverkeer. Gegevens worden eenmalig vastgelegd en meervoudig gebruikt. Met de realisatie van de AWBZ-brede zorgregistratie ontstaat een belangrijke informatiebron en wordt de transparantie sterk verbeterd.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk ten aanzien van de zorgregistratie en dragen zorg voor de invulling van de randvoorwaarden op het landelijk niveau.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Financiering met begrotingsmiddelen van de zorgkantoren voor de ontwikkeling van software en de implementatie ervan.

Wij dragen zorg voor de aanleverplicht van de indicatieorganen en de zorgaanbieders, de ontwikkeling en vaststelling van integratiestandaarden voor het elektronisch berichtenverkeer.

In het kader van het project zorgregistratie wordt een handboek voor de zorgregistratie samengesteld, dat een AWBZ breed begrippenkader en algemeen geldende spelregels voor de zorgregistratie bevat.

Wij houden de voortgang in het digitaal berichtenverkeer nauwlettend in de gaten (peilstokmetingen). Waar nodig verlenen wij inhoudelijke ondersteuning in de regio's. Instandhouding van het (bestuurlijk) draagvlak is voor de realisatie van groot belang. Met het oog daarop wordt op landelijk en regionaal veel geïnvesteerd in communicatie.

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

#### **Beleidseffecten**

Conform de doelstelling van de modernisering van de AWBZ nemen de keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van de cliënt toe. Door de sterke vereenvoudiging van het PGB nieuwe stijl krijgen cliënten de vrijheid om binnen de geïndiceerde functies zelf vorm te geven aan de uitvoering van zorg. Het PGB draagt bij aan de dynamiek in de zorg. In het komende jaar zal blijken in hoeverre het introduceren van het «PGB-nieuwe stijl» leidt tot toename van het aantal budgethouders. Ook is denkbaar dat – mede als gevolg van de modernisering – het flexibiliseren van de zorg in natura voor budgethouders een reden is om over te stappen op deze vorm van zorgverlening.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk. Het College voor Zorgverzekeringen is verantwoordelijk voor de uitvoering van de subsidieregeling. De zorgkantoren kennen een persoonsgebonden budget toe op basis van de indicatie. De cliënt verantwoordt de geleverde zorg aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor controleert de bestedingen en informeert de belastingdienst.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Premiegerelateerde instrumenten**

- Het PGB nieuwe stijl zal uitgebreid worden gemonitord. Onder andere het aantal budgethouders, de hoogte van de budgetten, de kwaliteit van de verantwoordingsformulieren, het functioneren van de facilitaire organisatie, de werkbaarheid van de formulieren, et cetera. Indien de monitoring daartoe aanleiding geeft, kan bijstelling van de regelgeving aan de orde zijn.
- De Sociale Verzekeringsbank verzorgt als facilitaire organisatie – op aanvraag en kosteloos- de administratie van budgethouders waarbij sprake is van volledig werkgeverschap. Daarnaast geeft de facilitaire organisatie aan alle budgethouders informatie over arbeidsovereenkomsten en verzekeringen.
- De waardebepaling van het PGB nieuwe stijl zal nader worden bepaald naar aanleiding van onderzoek naar normatieve kostprijzen en de invoering van de functiegerichte bekostiging.
- De kosten van de PGB-regeling en de uitvoeringskosten worden gefinancierd uit de premiegelden.

### **25.2.4 Functiegerichte bekostiging.**

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

#### **Beleidseffecten**

Met de invoering – die meerdere jaren vergt – wordt in de AWBZ een genormeerde bekostiging geïntroduceerd. In de eerste per 1 januari 2004 te zetten stap moet harmonisatie van de extramuraal te leveren zorg worden bereikt, zodat in de bekostiging ook stapsgewijze de ontschotting

wordt geëffectueerd. De functiegerichte bekostiging moet naast bekostiging van prestatie ook financiering naar zorgzwaarte mogelijk maken. Door de bekostiging te koppelen aan het niveau van functies in plaats van producten wordt een gedetailleerde bekostigingssystematiek met alle regelgeving, administratieve lasten en onderhoud van dien voorkomen. Ook de verantwoording vindt op het niveau van functies plaats. Functiegerichte bekostiging biedt de ruimte aan cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars hun eigen verantwoordelijkheid voor de zorg op maat vorm te geven. Voor de invulling hiervan kunnen de partijen de resultaten benutten van de DBC-systematiek, de vraaggestuurde bekostigingssystematiek en de prestatiegerichte productfinanciering. Tevens kunnen met de overgang van de bestaande naar de nieuwe systematiek ingeslopen ondoelmatigheden getraceerd en vervolgens verwijderd worden.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen en vaststellen van een bekostigingssysteem. De zorgkantoren hebben op basis van de door de verzekeraars verleende concessie de verantwoordelijk voldoende zorg in te kopen met het oog op een kwalitatief verantwoorde en doelmatige inzet van zorg.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Premiegerelateerde instrumenten**

Met het oog op de ontwikkeling van de functiegerichte bekostiging loopt een kostenonderzoek. In het in augustus 2003 aan de Tweede Kamer voorgelegde plan van aanpak functiegerichte bekostiging wordt naast de per 1 januari 2004 te zetten eerste stap de implementatie van de functiegerichte bekostiging in termen van activiteiten en tijdspad gepresenteerd. Parallel aan de ontwikkeling van de systematiek wordt in regio's in modeltrajecten de werking van de systematiek gesimuleerd.

### **25.3. Budgettaire gevolgen van beleid**

#### **Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>23 173</b>	<b>28 791</b>	<b>20 583</b>	<b>18 555</b>	<b>18 609</b>	<b>18 485</b>	<b>18 485</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>37 284</b>	<b>30 235</b>	<b>20 583</b>	<b>18 555</b>	<b>18 609</b>	<b>18 485</b>	<b>18 485</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>37 284</b>	<b>30 235</b>	<b>20 583</b>	<b>18 555</b>	<b>18 609</b>	<b>18 485</b>	<b>18 485</b>
Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (awbz)	37 284	30 235	20 583	18 555	18 609	18 485	18 485
<b>Ontvangsten</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)**

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	20 583	18 555	18 609	18 485	18 485
2. Waarvan apparaatsuitgaven	0	0	0	0	0
3. Dus programma-uitgaven	20 583	18 555	18 609	18 485	18 485
Waarvan op 1 januari 2004					
4. Juridisch verplicht	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
5. Bestuurlijk gebonden	100% 20 583	100% 18 555	100% 18 609	100% 18 485	100% 18 485
6. Beleidsmatig gereserveerd	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
8. Totaal	100% 20 583	100% 18 555	100% 18 609	100% 18 485	100% 18 485

Met betrekking tot de onderhavige middelen geldt een bestuurlijk gebondenheid. Het betreft middelen die beschikbaar zijn voor de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ. De wijze van beschikbaarstelling (via gemeenten of anderszins) is mede afhankelijk van de uitkomsten van het adviestraject van de zogenaamde Commissie Buurmeijer over de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de indicatiestelling, de vorming van een landelijk centrum indicatiestelling en de taakverbreding van de indicatieorganen met de sectoren gehandicapten zorg en geestelijke gezondheidszorg.

**Premie-uitgaven**

Het financiële beslag van de persoonsgebonden budgetten is opgenomen in de beleidsartikelen 24, 26 en 27. Na een zorgindicatie kan een client kiezen voor een PGB of voor zorg in natura. Wordt er voor een PGB gekozen dan komt dit in de plaats van zorg in natura, waarvan op de genoemde beleidsartikelen ook het beslag is opgenomen.

Vanaf 1 april 2003 worden PGB's nieuwe stijl toegekend. Voor de oude PGB's is tegelijkertijd een overgangsregeling ingegaan op grond waarvan de oude regelingen in de periode tot en met 2006 zullen worden beëindigd. In de plaats van het beslag van de sectorale PGB's komt zo geleidelijk het beslag van AWBZ-brede PGB's. In welke mate het beslag van de vernieuwde PGB's zal groeien is op voorhand moeilijk in te schatten. Zou het groeitempo bijvoorbeeld gelijkblijven op dat van de afgelopen twee jaar, dan zou het totale beslag groeien van ruim € 400 miljoen in 2002 tot zo'n € 1150 miljoen in 2007.



## BELEIDSARTIKEL 26: GEHANDICAPTEN- EN HULPMIDDELEN- BELEID

### 26.1 Algemene beleidsdoelstelling

#### **Stelselmatig bevorderen dat mensen met een handicap volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving.**

Wij streven ernaar dat mensen met beperkingen op doelmatige wijze volledig mee kunnen doen in de maatschappij. Om dit einddoel op termijn te kunnen realiseren streeft het kabinet ernaar om in deze kabinetsperiode de gescheiden leefsituatie in wonen, onderwijs, werk en vrijetijdsbesteding zoveel mogelijk op te heffen binnen de beschikbare budgettaire kaders. Hiervoor is het noodzakelijk dat mensen met een beperking kunnen beschikken over voorzieningen die hun beperking zoveel mogelijk compenseren. Daarnaast blijft het belangrijk dat de wachtlijsten worden teruggedrongen. Onder het motto «Gewoon waar het kan, speciaal waar het moet» moeten mensen met een beperking zo veel mogelijk gebruik kunnen maken van reguliere (zorg)voorzieningen zoals huisartsenzorg of kinderopvang. Soms zal er een aanpassing nodig zijn en soms is toch nog een specifieke voorziening noodzakelijk. Vooral de hulpmiddelenzorg is voorwaardenscheppend voor volwaardig maatschappelijk functioneren. Integratie en coördinatie van ondersteunende voorzieningen rond de cliënt is daarbij het uitgangspunt.

Mensen met een handicap moeten in staat worden gesteld om volwaardig deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Van belang is een fysiek en sociaal toegankelijke samenleving: gebouwen, huizen, winkels, straten en vervoersvoorzieningen, maar ook elektronische communicatiemiddelen, algemene gebruiksproducten en dienstverlening en omgaan met elkaar. Het is erg belangrijk dat de beeldvorming over mensen met een handicap realistisch is en vrij van vooroordelen. Dan kunnen mensen met een handicap zich een plaats verwerven op school, op het werk en in de buurt. De Wet gelijke behandeling op basis van handicap of chronische ziekte regelt dat de rechten van mensen met een handicap op deze terreinen worden versterkt. Er is een nota «Knelpunten gelijke behandeling» (Actieplan Gelijke Behandeling in de Praktijk) in voorbereiding, waarin het flankerend beleid uitgewerkt wordt.

Inclusief beleid is in belangrijke mate richtinggevend voor het gehandicaptenbeleid. Dit houdt in dat beleidsmakers op alle terreinen vanaf het begin van de beleidsontwikkeling rekening houden met de mogelijke gevolgen van (overheids)beleid voor mensen met beperkingen, hierbij zal steeds weer een kosten-batenafweging moeten worden gemaakt. Als coördinator van het gehandicaptenbeleid monitoren wij of dit gebeurt en waar nodig stimuleren we verbeteringen. Zo zal naast VWS een groot aantal partijen verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de nota *Knelpunten gelijke behandeling* die momenteel in voorbereiding is. Het betreft onder meer de ministeries van VenW, VROM, OCenW en SZW en de gemeenten.

#### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 26.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	355	993	1 944	1 944
Korting op projectsubsidies	2 873	5 376	4 264	6 025

**Premiemaatregelen**

Het kabinet heeft bij het aantreden voor de zorg een bezuiniging vastgesteld van € 1 miljard aan pakketmaatregelen. Daarnaast zijn extra bezuinigingen noodzakelijk, ondermeer ter facilitering van voorziene extra productie. Op dit beleidsartikel worden in de sfeer van de premie-uitgaven de volgende specifieke maatregelen genomen:

**Tabel 26.2: Premie-maatregelen (bedragen x € 1 000 000)**

Maatregel	2004	2005	2006	2007
Premiesubsidies; 10% korting op een aantal subsidies	4,6	4,6	4,6	4,6

**26.2 Operationele beleidsdoelstellingen****26.2.1 Een zodanig aanbod van zorgvoorzieningen en dienstverlening stimuleren dat gehandicapten hiermee hun handicap kunnen compenseren**

Deze doelstelling bestaat uit vier onderwerpen:

- Productie.
- Transparante hulpmiddelenzorg.
- Deregulering hulpmiddelenvoorziening.
- Sociaal pedagogische diensten nieuwe stijl.

**a. Productie****Beleideffecten**

Sinds de start van het Actieplan Zorgverzekerd in mei 2000 is aan ruim 31 000 mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking extra zorg aangeboden. Naast deze extra zorg hebben 9 537 personen met een handicap hun hulpvraag laten verduidelijken door een sociaal pedagogische dienst. Deze zorg is vooral gerealiseerd in de vorm van semi-murale zorg en extramurale zorgarrangementen. Onder andere als gevolg van de bouw van kleinschalige woonvoorzieningen zijn de wachttijden voor ondersteuning bij wonen en dagbesteding sinds 2000 gedaald.

Als gevolg van de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld en de geplande volumebouw, verwachten we dat de intramurale productie (met AWBZ-verblijf) in de gehandicaptenzorg met 1,2% stijgt. Als gevolg van de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld, verwachten we dat de extramurale productie (zonder AWBZ-verblijf) in de gehandicaptenzorg met 5,4% stijgt. Hierbij is uitgegaan van de samenstelling van het wettelijk pakket in 2002. Daarbij is het mogelijk dat een deel van de productiestijging niet gerealiseerd wordt in de vorm van bovenvermelde extramurale producten, maar via PGB's (persoonsgebonden budget).

De vraag naar zorg binnen de gehandicaptenzorg staat naast de demografische ontwikkeling onder invloed van diverse andere factoren, zoals de zogeheten latente vraag, technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Hierdoor is vooraf een accurate inschatting van de vraagontwikkeling niet goed mogelijk. Het is dan ook niet goed in te schatten in hoeverre de productiestijging die door de extra beschikbare middelen mogelijk is, daadwerkelijk kan leiden tot vermindering van de wachttijden.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk en borgen een kwalitatief hoogstaande en goed toegankelijke voorziening, waar alle verzekerden in gelijke mate aanspraak op kunnen maken (rechtszekerheid en rechtsgelijkheid). Daarnaast zijn we systeemverantwoordelijk om de juiste prikkels te geven via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) aan de betrokken partijen (afzonderlijke zorgaanbieders, lokale overheden, zorgkantoren). Wij faciliteren de uitvoerende partijen in de regio (zorgkantoren en de zorgaanbieders) door het beschikbaar stellen van middelen. We hebben op het gebied van de bouw een aanjaagfunctie. Wij monitoren de voortgang van de wachtlijstproductie en spreken betrokkenen zonodig aan op hun verantwoordelijkheden.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

##### *Wet- en regelgeving*

In de gehandicaptenzorg worden cliënten voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ge(her)indiceerd op basis van functionele aanspraken. De zorg wordt in natura geleverd door toegelaten zorginstellingen of in de vorm van persoonsgebonden budgetten (PGB) nieuwe stijl. Tevens wordt zorg geboden via een aantal andere door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uitgevoerde subsidieregelingen. Voor productie is vanaf 2003 structureel € 220 miljoen extra beschikbaar. Voor 2004 is nog eens € 93 miljoen beschikbaar.

In het kader van de wachtlijstaanpak wordt via de WZV en de TVWMD (Tijdelijke verstrekkingen wet maatschappelijke dienstverlening) uitbreidingsbouw gerealiseerd. De bouwprogramma's voor capaciteitsbouw worden gekenmerkt door veel kleinschalige initiatieven. Instandhouding en uitbreiding van capaciteit vindt met name extramuraal plaats. Om ontwikkelingen in de wachtlijsten te monitoren zal ook voor de gehandicaptensector vanaf 2004 het AWBZ-brede ZorgregistratieSysteem (AZR) worden gebruikt. Het specifiek voor de gehandicaptensector geldende ZorgRegistratieSysteem (ZRS) wordt in 2004 afgebouwd, aangezien het met de komst van het AZR overbodig wordt. In 2004 zal de CVZ-subsidieregeling voor het laatst verstrekt worden.

#### **Wachtlijstaanpak**

In 2004 zullen de wachtlijsten worden aangepakt volgens de carebrede aanpak. Deze aanpak, waarover de Tweede Kamer al is geïnformeerd (TK 2002–2003, 28 600 XVI, nr. 43), houdt in dat regionale partijen een plan met toetsbare resultaten opstellen om de wachtlijsten op te lossen. Dit proces wordt gefaciliteerd door de zorgkantorregio's te voorzien van een prognose (beeld van aanpak) van de te verwachten vraag naar zorg voor de komende jaren. Eind 2004 dient er voor alle regio's een beeld van aanpak gereed te zijn. Dit document vormt een basis om met het

zorgkantoor te gaan overleggen over de regionale aanpak. Het streven is dat tien zorgkantoorregio's eind 2004 een plan van aanpak hebben opgesteld voor (een deel van) de regio.

Als er concrete knelpunten zijn met betrekking tot het realiseren van aanbod via bouw, wordt het Operationeel Team Wachtlijsten ingezet om die knelpunten op te lossen.

## **b. Transparante hulpmiddelenzorg**

### **Beleids effecten**

De operationele beleidsdoelstelling vertaalt zich onder meer in de beschikbaarheid van een adequate en transparante hulpmiddelenzorg. Het gevoerde beleid leidt tot een effectieve hulpmiddelenvoorziening die de zorgbehoefte dekt en bovendien betaalbaar is. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten beschikken over instrumenten waarmee zij gezamenlijk vorm kunnen geven aan invulling, kwaliteit en doelmatigheid van de hulpmiddelenvoorziening.

Jaarlijks worden alle knelpunten in de uitvoeringspraktijk, zoals gerapporteerd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) beoordeeld, behandeld en zo mogelijk opgelost. De indicator daarbij is het aantal opgeloste versus het aantal niet-opgeloste knelpunten.

Het macrobudget voor hulpmiddelen blijft binnen de toegestane groei. De indicator hierbij is hoe uitgaven, volume en prijs zich in verhouding tot elkaar ontwikkelen.

Alle zorgverzekeraars nemen in 2004 deel in klanttevredenheidsonderzoeken. De indicator is het aantal deelnemende verzekeraars.

Alle deelverstrekkingen (onderdelen van de extramurale hulpmiddelenvoorziening) worden in 2006 geprotocolleerd uitgevoerd. De indicator is het aantal deelverstrekkingen dat is geprotocolleerd of opgenomen in het Hulpmiddelenkompas (minimaal drie in 2004).

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn verantwoordelijk voor een goed werkend, maar zelfregulerend systeem van hulpmiddelenzorg waarin zo veel mogelijk ruimte is voor vraagsturing. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de extramurale hulpmiddelenzorg hebben we gedelegeerd aan de zorgverzekeraars. Zij delegeren op hun beurt verantwoordelijkheden aan zorgaanbieders en cliënten.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

In 2004 worden in het kader van het project «Naar een functiegerichte verstrekking van hulpmiddelen» drie experimenten uitgevoerd met een geprotocolleerde verstrekking bij zorgverzekeraars.

### **Premiegerelateerde instrumenten**

Wij streven ernaar het aantal knelpunten dat jaarlijks in de uitvoeringspraktijk van de hulpmiddelenzorg wordt gesignaleerd, weg te werken. Daarover laten wij ons adviseren door het CVZ via het Signaleringsrapport Hulpmiddelen. Een deel van de knelpunten wordt opgelost door de regeling *Hulpmiddelen 1996* te actualiseren. Andere knelpunten vormen aanleiding om nader onderzoek te verrichten (programma voor beleidsonderzoek hulpmiddelen van het CVZ) of liggen ter oplossing bij de verantwoordelijke zorgverzekeraars.

Wij voorzien het macrokader voor hulpmiddelen van een realistische groeimarge. Hierin is rekening gehouden met autonome groei en technologische vernieuwing. De zorgverzekeraars hebben vervolgens de verantwoordelijkheid de uitvoeringskosten binnen dit kader te houden. Over de uitgavenontwikkeling en de determinanten daarvan adviseert het CVZ ons met de jaarlijkse Monitor Hulpmiddelen.

Om de kwaliteit van de hulpmiddelenvoorziening te kunnen beoordelen, willen wij dat in 2004 alle zorgverzekeraars deelnemen in klanttevredenheidsmetingen waarvan de resultaten elke twee jaar worden opgenomen in de Monitor Hulpmiddelen van het CVZ, te beginnen in 2004. In 2002 is een nulmeting verricht.

Om de doelmatigheid en transparantie te bevorderen, werkt het CVZ in het Hulpmiddelen Kompas aan richtlijnen om hulpmiddelen voor te schrijven en te verstrekken.

### **c. Deregulering hulpmiddelenvoorziening**

#### **Beleidseffecten**

Door te dereguleren kan een flexibel aanbod aan hulpmiddelen ontstaan met voldoende keuzemogelijkheden voor verzekerden. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is na 2006 op hoofdlijnen bepaald en functiegericht omschreven. De aanspraak op hulpmiddelenzorg wordt geëffectueerd op basis van een uniforme indicatiestelling.

Wij streven er naar de aanspraken uit de regeling *Hulpmiddelen* zijn in 2006 functiegericht te hebben omschreven. De indicator hierbij is: in 2004 zijn drie experimenten in uitvoering om de functiegerichte verstrekking te toetsen.

Vanaf 2006 wordt geïndiceerd voor hulpmiddelenzorg met onafhankelijke objectieve indicatiestelling. Het indicatieprotocol wordt in 2004 getoetst in drie experimenten bij zorgverzekeraars.

Onafhankelijke indicatiestelling garandeert rechtsgelijkheid voor verzekerden. De indicator hierbij is dat het aantal verstrekkingengeschillen daalt bij gebruik van deze methode. We streven ernaar die geschillen na invoering van de uniforme indicatiestelling met 50% te reduceren in 2006.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn verantwoordelijk voor inhoud en kwaliteit van de centrale regelgeving en voor de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid van verzekerden.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

De huidige Regeling hulpmiddelen (regeling onder de Ziekenfondswet) bestaat uit een lijst van soorten hulpmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen. We willen in 2006 komen tot een regeling op basis van functiegerichte aanspraken, vergelijkbaar met de gemoderniseerde AWBZ. Hiertoe wordt in de loop van 2004 een methode voor objectieve en onafhankelijke indicatiestelling voor hulpmiddelenzorg in drie experimenten bij zorgverzekeraars getoetst. Deze methode van indicatiestellen is nodig om de rechtsgelijkheid en rechtszekerheid van verzekerden te kunnen garanderen in een situatie, in 2006, waarin de aanspraken op vergoeding van hulpmiddelen functiegericht zijn omschreven. De experimenten maken deel uit van het project «Naar een functiegerichte

verstrekking van hulpmiddelen». De resultaten daarvan moeten leiden tot een werkbaar indicatieprotocol dat op de gehele extramurale hulpmiddelenzorg van toepassing is.

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

Een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling voor hulpmiddelenzorg is bedoeld om de rechtsgelijkheid van verzekerden te waarborgen. Een maat voor rechtsgelijkheid is te vinden in het aantal verstrekkingen-geschillen over vergoeding van hulpmiddelen. Het CVZ rapporteert in de Monitor Hulpmiddelen over de toe- of afname van het aantal geschillen.

#### **d. Sociaal Pedagogische Diensten nieuwe stijl**

##### **Beleideffecten**

De SPD nieuwe stijl biedt individuele ondersteuning en advies zodat een cliënt beter in staat is zijn eigen keuzes in de zorg te maken, te verwoorden en te realiseren. Het effect van de SPD nieuwe stijl is dat de cliënt de nodige ondersteuning en advies krijgt over zorg en andere levenssterren. Die ondersteuning en advies zijn niet geïndiceerd en onafhankelijk van het zorgaanbod.

Het streven is om ondersteuning en advies toegankelijk te maken voor alle mensen met een handicap, die deze nodig hebben.

De SPD nieuwe stijl is volop in ontwikkeling. Het jaar 2004 staat in het teken van de aanpassing van de subsidieregeling *SPD*. Daarnaast wordt een prestatiegerichte wijze van bekostiging gerealiseerd en gaat een nieuwe taakverdeling tussen SPD en zorgaanbieders gelden, met de bijbehorende culturomslag bij de SPD. In 2005 zal de SPD nieuwe stijl in werking treden.

##### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk, hebben een aanjaagfunctie en faciliteren het werkveld. Wij borgen een kwalitatief hoogstaande en goed toegankelijke voorziening, waar alle verzekerden in gelijke mate aanspraak op kunnen maken (rechtszekerheid en rechtsgelijkheid). CVZ/zorgverzekeraars zijn ervoor verantwoordelijk dat de subsidieregeling wordt uitgevoerd. De SPD's zelf zijn verantwoordelijk dat een culturomslag wordt gerealiseerd.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Somma ontvangt een subsidie voor de implementatie van de SPD nieuwe stijl. Het implementatietraject vindt plaats in 2004 en 2005 en omvat de volgende zaken:

- Een prestatiegerichte wijze van bekostigen ontwikkelen en invoeren.
- Zorgtaken overdragen aan AWBZ-instellingen.
- Advies- en informatietaken overnemen van de instellingen.
- De beschikbaarheid van de SPD's uitbouwen voor alle mensen met een handicap (van oudsher zijn SPD's gericht op cliënten met een verstandelijke handicap).
- Een culturomslag bewerkstelligen van zorgverlener naar professioneel raadsman/-vrouw.

##### **Premiegerelateerde instrumenten**

De aanpassing van de CVZ-subsidieregeling voor de bekostiging van SPD nieuwe stijl gebeurt budgetneutraal.

## **26.2.2 De rechtspositie van gehandicapten versterken**

Als we de rechtspositie van mensen met een handicap willen versterken, zijn daarvoor verschillende activiteiten nodig. We bespreken hierna achtereenvolgens:

- Waarom het belangrijk is dat mensen met een handicap of chronisch ziekte gelijk worden behandeld en op dezelfde manier kunnen participeren als anderen.
- Dat het internet ook toegankelijk moet zijn voor mensen met een handicap.
- Dat het zinvol is als gehandicaptenzorg en onderwijs nauw samenwerken in onderwijs-zorgarrangementen voor kinderen met een handicap.
- Dat de functies wonen, zorg en welzijn goed op elkaar moeten worden afgestemd.
- Dat het belangrijk is dat kinderdagcentra toegerust zijn om ook plaats te bieden aan kinderen met een handicap.

### **a. Gelijke behandeling en participatie van mensen met een handicap of chronisch ziekte**

#### **Beleids effecten**

We willen knelpunten opheffen die mensen met een handicap of chronische ziekte ervaren in hun dagelijkse leven. Dit gebeurt door meer aandacht van overheden voor het (lokale) gehandicaptenbeleid. Mensen met een handicap zullen ook zelf hieraan kunnen bijdragen, omdat zij vanaf 1 december 2003 rechten hebben om gelijke behandeling af te kunnen dwingen.

Wij streven naar inclusief beleid, wat inhoudt dat overheden en overige partijen in hun beleid rekening houden met mensen met een handicap en/of chronische ziekte. Zo is het vanaf 1 december 2003 mogelijk in de sfeer van arbeid en beroepsonderwijs juridische stappen te ondernemen tegen discriminatie met een beroep op de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ). Als het aantal behandelde klachten toeneemt, betekent dat een grotere bekendheid met de wet. De indicator voor deze streefwaarde bestaat voorlopig uit het aantal meldingen bij de Commissie Gelijke Behandeling. Uiteindelijk gaat het erom dat de arbeidsparticipatie van mensen met een handicap of chronische ziekte stijgt. Het ministerie van SZW heeft gegevens over het aantal arbeidsgehandicapten, maar de rapportages van het Sociaal en Cultureel Planbureau bieden hiervoor een nog betere indicatie. Het openbaar vervoer is reeds onder de WGBH/CZ gebracht, het streven is om het stad/streekvervoer in 2010 en het spoorvervoer in 2030 toegankelijk te laten zijn voor gehandicapten. Daarnaast zal het kabinet een voorstel doen over de wijze en de termijn waarop deze wet stapsgewijs uitgebreid kan worden op het gebied van het overige onderwijs, goederen, diensten, wonen en stedelijke ruimte. Dit zal voor elk maatschappelijk terrein worden onderbouwd door middel van een onderzoek naar de beleidsmatige en financiële consequenties.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk. Wij hebben een stimulerende en coördinerende rol bij de betrokkenheid van de andere departementen en overheden, maatschappelijke organisaties en bedrijven als het gaat om fysieke en sociaal-maatschappelijke toegankelijkheid. Andere organisaties zijn nadrukkelijk primair verantwoordelijk om de streefwaarden te halen en ook om de indicatoren te monitoren.



## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Wij dragen bij aan de instandhouding van de Commissie Gelijke Behandeling en aan een voorlichtingscampagne over de Wet Gelijke Behandeling. Daarnaast zorgen wij voor een bestuurlijke coördinatiestructuur om het Actieplan Knelpunten Gelijke Behandeling uit te voeren.

### **b. Een toegankelijk internet voor mensen met een handicap**

#### **Beleidseffecten**

Als internet toegankelijker wordt voor mensen met een handicap en als zij er meer gebruik van gaan maken, dan vergroot dit hun gelijkwaardige deelname aan het internetverkeer. Hiermee kunnen zij de mogelijkheden van internet beter benutten en hun zelfstandigheid en maatschappelijke participatie vergroten.

In 2006 voldoen de sites van overheden vrijwillig aan de toegankelijkheidsnormen. De bekendheid bij het algemene publiek van het campagne programma «Drempels weg» is eind 2004 met 30% gestegen ten opzichte van 2001.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij hebben een stimulerende rol bij de betrokkenheid van de andere departementen en overheden, maatschappelijke organisaties en bedrijven als het erom gaat het internet toegankelijker te maken. Het Landelijk Bureau Toegankelijkheid (LBT) coördineert het campagne programma «Drempels weg». Website-aanbieders zijn zelf verantwoordelijk om hun website toegankelijk te maken.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Het programma «Drempels weg» wordt uit begrotingsmiddelen gefinancierd.

### **c. Samenwerking tussen gehandicaptenzorg en onderwijs**

#### **Beleidseffecten**

Binnen het onderwijsbeleid en het VWS-beleid is uitgangspunt dat kinderen en jongeren in de leeftijd van 5 tot 16 jaar leerplichtig zijn en om die reden zo veel mogelijk moeten kunnen deelnemen aan reguliere voorzieningen. Onderwijs volgen zou voor ieder kind, ongeacht de zorgvraag, mogelijk moeten zijn. Elk kind kan, ongeacht niveau, het leerrecht afdwingen binnen de kaders die de wet heeft gesteld. Dit leerrecht kan gerealiseerd worden onder voorwaarde dat de zorg realiseerbaar is. Dit betekent samenwerking tussen onderwijs- en zorginstellingen, waarbij onderwijs-zorgarrangementen kunnen worden opgesteld, die moeten leiden tot één handelingsplan voor het kind.

OCenW en VWS ondersteunen samen pilotsamenwerkingsprojecten voor kinderdagcentra (KDC's) en cluster-III-scholen voor kinderen tot 12 jaar en met een IQ tot 35. In 2004 streven wij naar een deelname van 600 kinderen aan deze samenwerkingsprojecten.



### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Op basis van de ervaringen met pilotprojecten wordt in 2004 besloten over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de ministeries van OC&W en VWS voor de zorg tijdens de onderwijsuren.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Om de deelname aan onderwijs en de samenwerking met zorginstellingen te vergroten, worden er subsidies ingezet voor samenwerkingsprojecten tussen kinderdagcentra en cluster-III-scholen, waarbij kinderdagcentra (KDC's) gedurende drie jaar een projectsubsidie van VWS krijgen. De cluster-III-scholen ontvangen van OCenW subsidie voor de samenwerking.

### **d. Afstemmen wonen, zorg en welzijn**

#### **Beleideffecten**

Bij het sociaal en fysiek toegankelijk maken van de samenleving hoort ook een geïntensiveerd beleid op het gebied van extramuralisering van zorg voor mensen met een handicap. Naast voldoende aanbod van zorg en kwaliteit van de zorg is het voor de individuele cliënt en de betrokken organisaties van belang dat afstemmingsproblemen op de grensvlakken wonen, zorg en welzijn, opgelost worden. Het beleid is erop gericht om de knelpunten weg te laten nemen dan wel te doen verminderen.

Aan de hand van praktijkervaringen zijn knelpunten geïventariseerd die betrokken partijen tegenkomen bij extramuralisatie-projecten. We streven ernaar het aantal knelpunten bij extramuralisatie terug te brengen. Het aantal knelpunten bij extramuralisering is momenteel 18 vanuit de cliënt (bijvoorbeeld verbeteren van de afstemming van WVG- en AWBZ-voorzieningen), 13 vanuit de zorgorganisaties (bijvoorbeeld verbeterde afstemming tussen gehandicaptenvoorziening en thuiszorgorganisatie) en 10 in de financieringsstructuur (bijvoorbeeld betere afstemming van ADL-assistentie met de AWBZ-zorg), dus in totaal 41. Het tempo waarin de knelpunten worden opgelost hangt samen met het tijdpad van de modernisering AWBZ.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk voor de zorg en voor wonen dat aan zorg is gekoppeld. Zodra mensen met een handicap zelfstandig wonen, is de minister van VROM verantwoordelijk.

Wij werken op dit punt samen met de minister van VROM. Daarnaast hebben wij een stimulerende en coördinerende rol bij de betrokkenheid van de andere departementen, overheden, maatschappelijke organisaties en bedrijven.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

Via instrumenten als WZV (Wet ziekenhuisvoorzieningen) (beleidsregels ex artikel 3), TVWMD (Tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening), WVG (Wet voorzieningen gehandicapten) en beleidsregels zoals extramurale dienstverlening en extramurale producten kunnen wij onze eigen systeemverantwoordelijkheid (AWBZ-deel en betere onderlinge afstemming) waarmaken.

Het College voor Zorgverzekeringen is verzocht een care-brede subsidie-regeling *Diensten bij wonen met zorg* (naamgeving voorheen: extramu-

rale dienstverlening) te ontwerpen die extramuralisering stimuleert en die naar verwachting per 1-1-2004 in werking zal treden (zie ook TK 2002-2003, 26 631 en 28 600 XVI, nr 47).

#### **e. Kinderdagcentra toegankelijker maken voor kinderen met een handicap**

##### **Beleidseffecten**

In de bestaande kinderdagcentra (KDC's) worden steeds meer kinderen opgevangen met meervoudige complexe problematiek. Op dit moment bestaan er geen zorgmodellen voor kinderen met ernstige meervoudige beperkingen. Daarom worden deze in opdracht van ons ontwikkeld. Het uiteindelijke doel is de KDC's zodanig toe te rusten dat zij ook meervoudig complex gehandicapte kinderen verantwoorde zorg en opvang kunnen geven.

In 2005 is het nieuwe zorgmodel beschikbaar. De resultaten dienen overdraagbaar en toepasbaar te zijn naar andere voorzieningen voor kinderen met een meervoudige complexe handicap. De uitkomsten van het onderzoek naar het nieuwe zorgmodel zullen in samenhang worden gezien met de bouw van drie experimentele kinderdagcentra (KDC's nieuwe stijl). De KDC's nieuwe stijl moeten in 2012 beschikbaar zijn voor alle kinderen met meervoudig complexe handicaps. Onderzoeksresultaten over toepasbaarheid van de nieuwe zorgmodellen waarmee de KDC's in staat worden gesteld goede zorg te verlenen aan kinderen met ernstige meervoudige beperkingen.

##### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk en financieren het opstellen van een (in de praktijk overdraagbaar) zorg- en leerplan voor meervoudig complex gehandicapte kinderen.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Er is een projectsubsidie beschikbaar voor twee jaar (2003-2005) om een (in de praktijk overdraagbaar) zorg- en leerplan voor kinderen met een meervoudige complexe handicap tot stand te brengen.

#### **26.2.3 Randvoorwaarden scheppen voor een samenhangende zorg en ondersteuning in de lokale samenleving, zodat de gescheiden leefsituatie van mensen met een handicap zo veel mogelijk kan worden opgeheven. Concreet kan dit betekenen dat mensen met een handicap kleinschaliger gaan wonen buiten het instellingsterrein**

##### **Beleidseffecten**

Alle mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking die daarvoor kiezen, moeten uiteindelijk kleinschaliger en buiten het instellingsterrein kunnen wonen. De gescheiden leefsituatie voor de mensen die dat willen wordt daarmee opgeheven.

Streefwaarden/prestatie-indicatoren: eind 2004 wonen 1000 cliënten, die dit als voorkeur hebben aangegeven, méér buiten het instellingsterrein dan eind 2003. Eind 2004 wordt van de dagbesteding voor cliënten die in de AWBZ verblijven 30% aangeboden buiten het instellingsterrein. In 2006

zijn kleinschaliger voorzieningen ontwikkeld die recht doen aan de noden en wensen van cliënten die nu nog in vaak zeer grootschalige voorzieningen wonen.

Vanaf 2003 tot en met 2006 wordt aan minimaal 1000 cliënten per jaar de mogelijkheid geboden om kleinschalig buiten het instellingsterrein te gaan wonen. In 2006 wordt minstens 40% van de dagbesteding voor cliënten die in de AWBZ verblijven buiten het instellingsterrein aangeboden.

De goedgekeurde langetermijnzorgplannen/-huisvestingsplannen van instellingen geven inzicht in het aandeel «kleinschalig wonen» en het aandeel «dagbesteding» dat buiten het instellingsterrein wordt geleverd.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk; de directe verantwoordelijkheid om de juiste en voldoende huisvesting op te zetten ligt bij de zorginstellingen. Het gaat om huisvesting voor wonen en dagbesteding die door de AWBZ bekostigd wordt.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Premiegerelateerde instrumenten**

Via beleidstoetsingskaders, bouwprocedures en langetermijnafspraken met instellingen en/of regio's worden de streefwaardes bereikt. Deze instrumenten worden ingezet op basis van de WZV en de TVWMD.

#### **26.2.4 Kwaliteitstoetsing en -verbetering stimuleren vanuit cliëntperspectief**

Als we de kwaliteit van het gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid willen toetsen en verbeteren vanuit cliëntperspectief, zijn de volgende aspecten daarbij van belang:

- De cliënt kan objectieve en onafhankelijke informatie krijgen over hulpmiddelen.
- Er wordt een samenhangend kwaliteitsbeleid gevoerd in de caresector.

##### **a. Goede informatie over hulpmiddelen**

###### **Beleideffecten**

Kwaliteitstoetsing en kwaliteitsverbetering uit patiëntenperspectief betekenen voor de hulpmiddelenzorg dat de cliënt moet kunnen beschikken over objectieve en onafhankelijke informatie over hulpmiddelen. Het gevoerde hulpmiddelenbeleid leidt ertoe dat er onafhankelijke keuze-ondersteunende informatie beschikbaar is voor de hulpmiddelengebruiker.

Voor alle deelverstrekkingen van de hulpmiddelenzorg is in 2006 informatie beschikbaar, waarmee de cliënt ondersteund wordt in zijn keuze. De indicator hierbij is: het percentage deelverstrekkingen binnen de extramurale hulpmiddelenvoorziening dat voorzien is van keuzeondersteunende informatie. Wij streven ernaar in 2004 minstens twee van dergelijke projecten te financieren.

###### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij faciliteren de ontwikkeling van onafhankelijke informatie om de positie van verzekerden te versterken. Dit is van belang voor zowel ouderen, gehandicapten als chronisch zieken. Die versterkte positie maakt

het vervolgens mogelijk dat de verzekerde met meer informatie zelf een keuze kan maken en/of dat de verzekerde sterker staat in overleg en discussie met andere partijen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Waar nodig subsidiëren we projecten om onafhankelijke keuzeondersteunende informatie te ontwikkelen of deze toegankelijk te maken. In de loop van 2003 wordt in overleg met het Hulpmiddeleninformatiecentrum vastgesteld welke prioriteiten daarbij gelden voor het jaar 2004.

#### **b. Een gezamenlijk kwaliteitsbeleid in de caresector**

##### **Beleids effecten**

We streven naar een gezamenlijk en onderbouwd kwaliteitsbeleid voor de caresector, waardoor de verleende zorg in de care rekening houdt met de wensen en behoeften van de cliënt, zodanig dat de cliënt is staat is zijn leven zelf invulling te geven.

In de tweede helft van 2003 wordt een quick scan gedaan naar de stand van zaken van de kwaliteit van zorg in de care waaruit duidelijk moet worden welke streefwaarden in het kwaliteitsbeleid kunnen worden gehanteerd.

##### **Aard van de verantwoordelijkheid**

De verantwoordelijkheid van de overheid beperkt zich tot het gezondheidszorgsysteem waarbinnen kwaliteit van zorg wordt geleverd. Zolang de inbreng van partijen binnen het systeem niet gelijkwaardig is, heeft de overheid een verantwoordelijkheid om deze in balans te brengen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

- Er is subsidie beschikbaar om de huidige stand van zaken van de kwaliteit in de care te onderzoeken.

Voor 2004 wordt gewerkt aan een care-breed plan van aanpak waarin de vraag centraal staat hoe cliënten meer invloed kunnen krijgen op de kwaliteit van geleverde zorg.

## 26.3 Budgettaire gevolgen van beleid

### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>38 301</b>	<b>28 406</b>	<b>21 562</b>	<b>17 306</b>	<b>17 250</b>	<b>15 808</b>	<b>15 808</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>33 761</b>	<b>29 680</b>	<b>22 254</b>	<b>17 347</b>	<b>17 591</b>	<b>15 808</b>	<b>15 808</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>29 728</b>	<b>26 519</b>	<b>19 186</b>	<b>14 459</b>	<b>14 786</b>	<b>13 003</b>	<b>13 003</b>
Stimuleren aanbod zorgvoorzieningen	5 885	9 687	7 886	6 345	6 312	5 589	5 589
Versterken van de rechtspositie	14 956	7 833	5 925	4 185	4 186	4 184	4 184
Opheffen gescheiden leefsituatie	153	363	179	17	17	17	17
Kwaliteitstoetsing en -verbetering	8 734	8 636	5 196	3 912	4 271	3 213	3 213
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>4 033</b>	<b>3 161</b>	<b>3 068</b>	<b>2 888</b>	<b>2 805</b>	<b>2 805</b>	<b>2 805</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>1 745</b>	<b>182</b>	<b>182</b>	<b>182</b>	<b>182</b>	<b>182</b>	<b>182</b>

### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004		2005		2006		2007		2008	
1. Totaal geraamde kasuitgaven	22 254		17 347		17 591		15 808		15 808	
2. Waarvan apparaatsuitgaven	3 068		2 888		2 805		2 805		2 805	
3. Dus programma-uitgaven	19 186		14 459		14 786		13 003		13 003	
Waarvan op 1 januari 2004										
4. Juridisch verplicht	28%	5 366	25%	3 634	21%	3 051	23%	3 051	23%	3 051
5. Bestuurlijk gebonden	52%	9 933	69%	9 933	62%	9 225	71%	9 225	71%	9 225
6. Beleidsmatig gereserveerd	20%	3 887	6%	892	17%	2 510	6%	727	6%	727
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
8. Totaal	100%	19 186	100%	14 459	100%	14 786	100%	13 003	100%	13 003

Als juridisch verplicht is onder andere aan te merken de subsidie aan de Stichting Perspectief voor kwaliteitsbeoordelingen van instellingen. Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn krijgt daarnaast subsidie voor informatievoorziening. Subsidies voor de SOHO-honden, de Wet gelijke behandeling, de KDC/ZMLK's en de indicatiestelling ten behoeve van de TOG-regeling zijn bestuurlijk gebonden.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	2 521,1	2 561,5	2 610,0	2 635,9	2 661,2	2 679,3
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	114,0	114,9	115,7	116,3	117,0	117,5
Grote woonvormen	58,8	58,9	58,9	59,3	59,4	59,5
Semi-murale instellingen voor gehandicapten	1 296,7	1 307,5	1 307,6	1 307,6	1 307,6	1 307,6
Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten	87,9	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3
Sociaal pedagogische diensten (SPD)	133,8	133,8	133,8	133,8	133,8	133,8
Persoonsgebonden budgetten lichamelijk gehandicapten	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
Persoonsgebonden budgetten verstandelijk gehandicapten	180,8	180,8	180,8	180,8	180,8	180,8
Hulpmiddelen	940,5	1 008,5	1 086,9	1 170,0	1 260,7	1 260,7
Groeiruinimte gehandicaptenzorg	139,3	220,2	291,5	376,7	449,0	449,0
Totaal	5 475,5	5 672,0	5 871,1	6 066,3	6 255,4	6 274,1
Procentuele mutatie		3,6	3,5	3,3	3,1	0,3

In de bovenstaande tabel zijn de ramingen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid.

In deze ramingen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Voorjaarsbrief Zorg 2003 en het Hoofdlijnenakkoord verwerkt. Onderaan de tabel is de gereserveerde groeiruinimte afzonderlijk weergegeven. Voor een toelichting op de verdeling van deze middelen over de verschillende zorgsectoren wordt verwezen naar de bijlage FBZ. Daarbij is een jaarlijkse groei van de uitgaven voor hulpmiddelen van 9,5% verondersteld.

Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor 2003 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2004 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

#### 26.4 VBTB-paragraaf

##### *Algemeen*

Het eindperspectief voor 2006 voor dit beleidsartikel moet worden gezien in het licht van een voor de hand liggende verdergaande integratie van de algemene en operationele doelstellingen van de AWBZ-sectoren. Hierbij zullen de doelstellingen worden geherformuleerd, waarbij rekening wordt gehouden met de ervaringen met VBTB in de afgelopen jaren.

In toenemende mate willen wij beschikken over kwantitatieve informatie, die een betrouwbaar beeld geeft van de maatschappelijke situatie. Wij willen kwantitatieve streefwaarden (indicatoren) voor het beleid kunnen benoemen en kunnen beschikken over betrouwbare informatie om te evalueren in hoeverre wij met het beleid die streefwaarden hebben weten te bereiken en tegen welke kosten. Daarbij willen we gebruikmaken van het Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg, de rapportages van het SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau), NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn), RIVM/VTW (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Volksgezondheid Toekomstverkenning) en de brancherapporten.

Van twee onderzoeksbureau's hebben wij in 2003 eerste aanzetten ontvangen om streefwaarden/indicatoren te ontwikkelen voor het gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid. Daarbij ging het bijvoorbeeld om streefwaarden/prestatie-indicatoren over de mate van vraagsturing,

keuzevrijheid en kwaliteit van zorg. De modernisering van de AWBZ vraagt in dit opzicht extra aandacht, omdat er nieuwe informatie en nieuwe informatiebronnen en -systemen ontstaan. In de loop van 2004 denken wij de ontwikkeling van streefwaarden en prestatie-indicatoren afgerond te hebben. In 2005 of 2006 zullen dergelijke streefwaarden/indicatoren in de begroting en brancherapporten worden opgenomen.

#### *Specifiek*

##### – Benchmark

In de AWBZ-sectoren wordt vanaf 1998 gewerkt aan de ontwikkeling van een benchmarkingmodel dat voor de AWBZ-sectoren uit dezelfde onderdelen bestaat, namelijk een doelmatigheidsmeting en een meting van de medewerkers- en cliënttevredenheid. Bij de verdere invulling van dit model is aangesloten bij sectorspecifieke kenmerken. De AWBZ-sectoren kennen een verschillende ontwikkelingssnelheid. De modelontwikkeling in de gehandicaptensector bevindt zich in de laatste fase die wordt afgesloten met een testbenchmark, waarvan in 2004 de resultaten beschikbaar komen.

Begin 2004 zal in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ worden bekeken in hoeverre en op welke wijze de verantwoordingsinformatie van de zorgverzekeraars over de hulpmiddelenvoorziening kan worden benut om hun prestaties te meten en onderling te vergelijken. Een set indicatoren om onder andere de mate van vraagsturing, keuzevrijheid en kwaliteit van hulpmiddelzorg weer te geven moet nog worden ontwikkeld. Er wordt naar gestreefd in 2006 over een dergelijke benchmark/spiegelinformatie te beschikken.

##### – Kwaliteitsbeleid

In de maanden juli en augustus 2003 werd een onderzoek uitgevoerd dat leidt tot een overzicht van bestaande metingen en het beeld dat daaruit naar voren komt. Voor uitgebreidere meting van kwaliteit in de care wordt in 2004 aangesloten bij het VWS-brede traject van ontwikkeling van het Nedrelandse raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg.

**Tabel 26.3: Overzicht geplande evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Tevredenheidsonderzoek	2004
Rapportage Gehandicaptenzorg	2004
Cliënttevredenheidsonderzoek	2004–2005
Benchmarkonderzoek	2004–2005
Kwaliteit van arbeid in de gehandicaptenzorg	2003–2004

**27.1 Algemene beleidsdoelstelling**

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

De zorgvraag in Nederland wordt voor een groot deel bepaald door demografische ontwikkelingen, zoals het aantal ouderen in ons land. Het aantal 75-plussers neemt de komende jaren met gemiddeld 15 000 mensen per jaar toe tot ruim 1,1 miljoen in 2010. Ongeveer een kwart daarvan is ouder dan 85 jaar. Naast deze demografische ontwikkelingen bepalen ook geneeskundige, technologische, sociaal-economische en culturele ontwikkelingen de aard en omvang van de zorgvraag in de toekomst.

De wachtlijstaanpak in de jaren 2000–2003 heeft ertoe geleid dat het zorgaanbod fors is gegroeid. Door de toenemende vraag en de omvang van de bestaande wachtlijst is het echter niet realistisch om te veronderstellen dat alle wachtlijsten in 2004 volledig weggewerkt zullen zijn. Daarom zullen onze inspanningen erop gericht zijn zo veel mogelijk evenwicht te brengen in zorgvraag en zorgaanbod (zowel kwantitatief als kwalitatief).

**Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 27.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	486	582	582	582
Korting op projectsubsidies	2 853	5 338	4 233	5 982

**Premiemaatregelen**

Het kabinet heeft bij het aantreden voor de zorg een bezuiniging vastgesteld van € 1 miljard aan pakketmaatregelen. Daarnaast zijn extra bezuinigingen noodzakelijk, ondermeer ter facilitering van voorziene extra productie. Op dit beleidsartikel worden in de sfeer van de premie-uitgaven de volgende specifieke maatregelen genomen:



Tabel 27.2: Premiemaatregelen (bedragen x € 1 000 000)				
Maatregel	2004	2005	2006	2007
Zorgvernieuwing	70	70	70	70
Opheffing resterende bestedingsafspraken thuiszorg	100	100	100	100
Eigen bijdragen AWBZ	180	180	180	180

Met maatregelen om de doelmatigheid in de AWBZ te vergroten willen we per saldo een netto-opbrengst genereren van € 350 miljoen. De maatregelen zijn als volgt:

- Verpleeghuizen en thuiszorginstellingen krijgen niet langer apart geld voor zorgvernieuwing als daar geen directe productieafspraken voor worden gemaakt.
- Naast de middelen voor zorgvernieuwing (de lokale component) zullen thuiszorginstellingen ook de resterende middelen die via bestedingsafspraken werden verstrekt, niet langer ontvangen.
- De eigen bijdragen voor intra- en extramurale AWBZ-zorg worden verhoogd.

## 27.2 Operationele doelstellingen

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

#### Beleidseffecten

In de ouderenzorg is door de bouw van extra verpleeghuisplaatsen het aantal opnamen gestegen. Het beleid van de ouderenzorg gericht op de extramuralisering uit zich onder andere in het feit dat in de verzorgingshuizen het aantal bewoners afneemt. Verder is het aantal verleende uren zorg thuis en het aantal PGB's de afgelopen jaren sterk gestegen. Met andere woorden de groeiende zorgbehoefte wordt met extramurale zorg opgevangen. Dit sluit aan bij de wens van mensen om zo lang mogelijk thuis te wonen. Door het leveren van extra zorg is het aantal wachtenden op verplegings-, verzorgings- of thuiszorg in 2002 met 15% gedaald ten opzichte van 2001.

Als gevolg van de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld en de geplande volumebouw, verwachten we dat de productie in de ouderenzorg met 5,9% stijgt. Hierbij is uitgegaan van de samenstelling van het wettelijk pakket in 2002. Daarbij is het mogelijk dat een deel van de productiestijging niet gerealiseerd wordt in de vorm van bovenvermelde producten, maar via PGB's (persoonsgebonden budget).

De vraag naar zorg binnen de ouderenzorg staat naast de demografische ontwikkeling onder invloed van diverse andere factoren, zoals de zogeheten latente vraag, technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Hierdoor is vooraf een accurate raming van de vraagontwikkeling niet goed mogelijk. Het is dan ook niet goed in te schatten in hoeverre de productiestijging, die door de extra beschikbare middelen mogelijk is, daadwerkelijk kan leiden tot vermindering van de wachttijden.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn systeemverantwoordelijk en borgen een kwalitatief hoogstaande en goed toegankelijke voorziening, waar alle verzekerden in gelijke mate aanspraak op kunnen maken (rechtszekerheid en rechtsgelijkheid). Daarnaast zijn we systeemverantwoordelijk om de juiste prikkels te geven via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) aan de betrokken partijen (afzonderlijke zorgaanbieders, lokale overheden, zorgkantoren). Wij faciliteren de uitvoerende partijen in de regio (zorgkantoren en de zorgaanbieders) door het beschikbaar stellen van middelen. We hebben op het gebied van de bouw een aanjaagfunctie. Wij monitoren de voortgang van de wachtlijstproductie en spreken betrokkenen zonnodig aan op hun verantwoordelijkheden.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Op basis van ervaringsgegevens ramen we dat van het beschikbare bedrag van € 6,681 miljoen ongeveer 25% via subsidies besteed zal worden en het overige deel via opdrachten en onderzoek.

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

##### *Wet- en regelgeving*

In de ouderenzorg worden cliënten voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ge(her)indiceerd op basis van functionele aanspraken. De zorg wordt in natura geleverd door toegelaten zorginstellingen of in de vorm persoonsgebonden budgetten (PGB) nieuwe stijl. Tevens wordt zorg geboden via een aantal andere door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) uitgevoerde subsidieregelingen. Voor productie is vanaf 2003 structureel € 475 miljoen extra beschikbaar. Voor 2004 is nog eens € 628 miljoen beschikbaar. In het kader van de wachtlijstaanpak wordt via de WZV (Wet ziekenhuisvoorzieningen) uitbreidingsbouw gerealiseerd. De bouwprogramma's voor capaciteitsbouw worden gekenmerkt door veel kleinschalige initiatieven voor verpleeghuiszorg. Verzorgingshuiscapaciteit komt vrij voor de ombouw tot verpleeghuiscapaciteit, vaak in kleinschalige setting. Instandhouding en uitbreiding van verzorgingshuiscapaciteit vindt met name extramuraal plaats. Voor de uitgaven verwijzen we naar paragraaf 27.3.

Om ontwikkelingen in de wachtlijsten te monitoren zal ook voor de ouderenzorg vanaf 2004 de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) worden gebruikt. Tot op heden zijn de peilingen van wachtlijsten uitgevoerd door middel van periodieke onderzoeken die werden uitgevoerd door een extern adviesbureau. Deze onderzoeken zijn door de AZR niet meer nodig.

##### *Wachtlijstaanpak*

In 2004 zullen de wachtlijsten worden aangepakt volgens de carebrede aanpak. Deze aanpak, waarover de Tweede Kamer al is geïnformeerd (TK 2002–2003, 28 600 XVI, nr. 43), houdt in dat regionale partijen een plan met toetsbare resultaten opstellen om de wachtlijsten op te lossen. Dit proces wordt gefaciliteerd door de zorgkantorregio's te voorzien van een prognose (beeld van aanpak) van de te verwachten vraag naar zorg. Eind 2004 dient er voor alle regio's een beeld van aanpak gereed te zijn. Dit document vormt een basis om met het zorgkantor te gaan overleggen over de regionale aanpak. Het streven is dat tien zorgkantorregio's eind 2004 een plan van aanpak hebben opgesteld voor (een deel van) de regio.

Als er concrete knelpunten zijn met betrekking tot het realiseren van aanbod via bouw, wordt het Operationeel Team Wachtlijsten ingezet om die knelpunten op te lossen.

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

#### Beleidseffecten

1. Meer en gevarieerdere woon-zorg-dienstenarrangementen:  
De mondige burger wil keuzevrijheid en keuzemogelijkheden, ook in de zorg. Hij wil vrijheid om te kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB) of voor zorg in natura. En bij de keuze voor zorg in natura wil die burger ook kunnen kiezen tussen verschillende aanbieders. Veel ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Het streven is daarom het extramurale aanbod te verruimen (kwalitatief en kwantitatief) zodat burgers ook in staat zijn deze wens te volgen. Daarvoor is een gevarieerd aanbod van extramurale zorg van belang, een aanbod dat toegespitst is op de vraag van de klant. Voor zelfstandig wonende ouderen met een zware zorgvraag is zorg op afroep essentieel. Daarvoor is een adequate zorginfrastructuur noodzakelijk, bijvoorbeeld in de vorm van een wijksteunpunt. Ook welzijn en diensten (die in verzorgings- en verpleeghuizen deel uitmaken van het intramurale pakket) zijn vaak een voorwaarde om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Als het erom gaat langer zelfstandig wonen te bevorderen, bieden technologische aanpassingen aan de woning, de zogenoemde domotica, veel mogelijkheden. De ontwikkeling van deze domotica willen we graag stimuleren door er onderzoek naar te laten doen. Nauwe samenwerking tussen de verantwoordelijke partijen is op de terreinen wonen, zorg en welzijn een van de belangrijkste uitdagingen.

**Tabel 27.3: Streefwaarden en prestatie-indicatoren voor de realisatie van meer en gevarieerdere woon-zorg-dienstenarrangementen**

	2003	2004	2005	2006
Aantal kleinschalige woonvormen (als indexcijfers van het huidige aantal)	100	105	110	115
Aantal stand-alonewijksteunpunten (als indexcijfer van het jaar 2003)	100	105	110	115

Bron: VWS, juni 2003

2. Bereiken dat cliënten ondersteund worden als ze hun keuze maken en zorgen dat ze over voldoende informatie kunnen beschikken:  
De cliënt kan alleen een goede keuze maken voor zorg als hij goed geïnformeerd is over de mogelijkheden die er zijn. Om dit te bereiken, willen we dat er vergelijkende informatie beschikbaar is over aanbieders van zorg, zowel via websites als op papier. Daarnaast willen we dat via gemeentelijke loketten individueel advies en ondersteuning, bijvoorbeeld van ouderenadviseurs, verkrijgbaar is bij keuzes van zorgarrangementen.

**Tabel 27.4: Streefwaarden en prestatie-indicatoren voor gemeenten met ouderenadviseurs**

	2003	2004	2005	2006
Aantal gemeenten waar een ouderenadviseur aanwezig is (in percentage van het totaal aantal)	50%	60%	70%	75%

Bron: VWS, juni 2003

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

De verzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders, de corporaties en de gemeenten zijn ervoor verantwoordelijk dat een gevarieerd aanbod aan arrangementen van wonen, zorg en diensten tot stand komt. Wij zijn systeemverantwoordelijk voor de hiervoor beschreven beleidseffecten, evenals de minister van VROM dat is rond het wonen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Van het beschikbare bedrag van € 9,663 miljoen is € 7,8 miljoen bestemd voor een betaling aan VROM voor verplichtingen die al zijn aangegaan in het kader van de woonzorgstimuleringsregeling. Op basis van ervaringsgegevens ramen we dat van het overige beschikbare bedrag ongeveer 80% via subsidies besteed zal worden en het overige deel via opdrachten en onderzoek.

#### *Subsidies*

Via subsidiering van stimuleringsprogramma's worden partijen ondersteund om woon-zorg-dienstenarrangementen te ontwikkelen. Een voorbeeld van aanpak is het IWZ/VEBO (Innovatieprogramma wonen en zorg/Vernieuwing en beleidsontwikkeling), waarbij de aandacht erop is gericht modellen te ontwikkelen en kennis te verspreiden. Samen met VROM zullen in 2004 communicatieactiviteiten worden uitgevoerd, die bedoeld zijn om voldoende en gevarieerde arrangementen tot stand te brengen. Door middel van onderzoek wordt meer inzicht verkregen in de noodzakelijke randvoorwaarden. Een meerjarig onderzoek naar kleinschalige woonvormen zal ons inzicht verschaffen over deze vorm van beschermd wonen. We stimuleren en ondersteunen uitbreiding van deze woonvormen.

In een convenant met de brancheorganisaties van zorgaanbieders, de cliëntenorganisaties en de ouderenbonden zijn afspraken gemaakt over hoe cliënten geïnformeerd worden over het aanbod aan zorg. Op deze manier kunnen cliënten de aanbieders beter met elkaar vergelijken en een afgewogen keuze maken. We willen een programma subsidiëren voor ondersteuning en begeleiding van vrijwillige ouderenadviseurs, om te bevorderen dat er meer ouderenadviseurs komen.

#### *Wet- en regelgeving*

In het licht van de komende vergrijzing van de samenleving en de behoefte van mensen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen is het van belang dat er een samenhangend stelsel van maatschappelijke diensten aanwezig is voor mensen met beperkingen. Dit dienstverleningsstelsel moet samenwerkingsverbanden tot stand brengen tussen zorg- en welzijnsvoorzieningen en de schotten wegnemen tussen welzijn, zorg en

wonen. De burger moet eerst zelf al het mogelijke doen om zelfstandig te leven en zelfstandig te functioneren; pas daarna ondersteunt de overheid hem daarbij. Het Rijk kan te zijner tijd onderdelen van de Welzijnswet, de WVG en enkele regelingen intrekken. Bij de totstandkoming van het dienstverleningsstelsel, waarover in november 2003 een nota verschijnt, is expliciet aandacht voor de verantwoordelijkheidsverdeling voor zaken uit dit stelsel van de AWBZ.

### **Premiegerelateerde instrumenten**

#### *Wet- en regelgeving*

De systeemverantwoordelijkheid van de minister van VWS uit zich als volgt: we scheppen goede randvoorwaarden door wetgeving en financiering (WTG) en faciliteren en stimuleren daarnaast samenwerkingsprocessen en innovatie. Door functies en een nieuwe functiegerichte bekostigingssystematiek in te voeren, bevorderen we dat nieuwe aanbieders toetreden tot de AWBZ-markt en dat bestaande aanbieders ook zorg aanbieden aan andere AWBZ-sectoren.

In de bouwregelgeving (WZV) zijn barrières opgeheven, waardoor het beter mogelijk is om gespreide en kleinschaliger verpleeghuiscapaciteit te realiseren. Zorginstellingen krijgen ruimere mogelijkheden om zorginfrastructuur «in de wijk» en in samenhang met woningcomplexen te bouwen.

#### *Subsidies*

Het CVZ werkt aan een subsidieregeling *Diensten bij wonen met zorg* (naamgeving voorheen: extramurale dienstverlening). De hiervoor beschikbare middelen zijn met € 19 miljoen verhoogd tot € 50 miljoen. De subsidie is beoogd voor instellingen die hun intramurale capaciteit extramuraliseren of voor initiatieven om de capaciteit voor verblijfsgeïndiceerden uit te breiden in extramurale vormen van wonen met zorg en diensten. Het gaat hier om initiatieven die erop gericht zijn mensen met ernstige beperkingen, met zorg op afroep en een actief dienstenaanbod, in staat te stellen zich zelfstandig te redden in de thuissituatie. Het uitgangspunt hierbij is dat deze extramuralisering budgettair neutraal moet geschieden en dat het geld dat beschikbaar zou zijn voor het realiseren van de verblijfsfunctie met de benodigde zorg, nu beschikbaar komt voor extramurale zorg, zorginfrastructuur en diensten. De uitvoeringskosten moeten in relatie zijn tot het programmabudget.

### **27.2.3 Samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg verbeteren**

#### **Beleideffecten**

1. Door de oppas- of toezichtfunctie van verzorgen thuis verder uit te bouwen, worden mantelzorgers in aanzienlijke mate ontlast. Oppas wordt zowel door vrijwilligers als door professionals geleverd. De inzet van professionals kan noodzakelijk zijn in verband met de continuïteit, de deskundigheid en de complexiteit van de zorgvraag. De aanspraak op oppas valt onder de functie «ondersteunende begeleiding». In 2004 wordt ernaar gestreefd de bestaande wachtlijst voor intramurale respijtzorg (ontlasting van de mantelzorg door b.v. tijdelijke intramurale opname) van 6 000 personen weg te werken.
2. De onderlinge afstemming tussen professionele zorg en mantelzorg – onder andere op de terreinen van bejegening en taakverdeling –

verbeteren, zodat een en ander elkaar versterkt en goede afspraken kunnen worden gemaakt over ieders inzet.

3. Het aanbod en de vraag naar de producten van de instellingen die gesubsidieerd worden op basis van de subsidieregeling *Coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg* (CVTM) transparanter maken: In 2004 wordt gewerkt aan een monitor voor de Steunpunten Mantelzorg en de Coördinatiepunten Vrijwillige Thuiszorg. In deze monitor zullen vragen aan de orde komen over de instelling zelf (financiering, personeel, aard van de activiteiten), het aantal cliënten, het aantal deelnemers van georganiseerde activiteiten, de omvang van een eventuele wachtlijst en wachttijden, de beschikbaarheid en het eventuele tekort aan vrijwilligers, en specifieke doelgroepen.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Om de samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg te verbeteren, is naast onze inzet ook die van lokale actoren van belang. Wij zijn systeemverantwoordelijk.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Op basis van ervaringgegevens ramen we dat van het beschikbare bedrag van € 4,566 miljoen ongeveer 95% via subsidies besteed zal worden en het overige deel via opdrachten en onderzoek.

#### *Subsidies*

In 2004 zullen landelijke organisaties van mantelzorgers en het Expertisecentrum Mantelzorg bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) worden gesubsidieerd. De landelijke organisaties voor vrijwillige thuiszorg coördineren de inzet vanuit de Steunpunten Mantelzorg en de inzet van vrijwillige thuiszorg. De steunpunten zijn erop gericht emotionele steun aan mantelzorgers te bieden, te bemiddelen en praktische informatie te geven.

#### *Onderzoek*

In het kader van «mantelzorgers ontlasten» (beleidseffect 1) gaan we onderzoek verrichten naar de mogelijkheden van professionele oppas. In 2004 zal een aantal pilots worden uitgevoerd. In 2005 zullen «best practices» worden verspreid.

#### *Overleg*

In het kader van een betere onderlinge afstemming tussen professionele zorg en mantelzorg (beleidseffect 2) gaan we overleggen over de manier waarop in de opleidingen van professionals aandacht kan worden besteed aan mantelzorgers en aan de samenwerking met hen.

We gaan overleggen met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om een monitorsysteem voor de CVTM-regeling op te stellen.

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

#### *Wet- en regelgeving*

Op basis van de WTG-beleidsregels voor de zorgfuncties kan respijtzorg bekostigd worden.

### *Subsidies*

Via de subsidieregeling CVTM (uitgevoerd door het CVZ) wordt de coördinatiefunctie vrijwillige thuiszorg gefinancierd en worden subsidie-mogelijkheden geboden om de mantelzorg te ondersteunen.

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

##### **Beleids effecten**

Op het gebied van kwaliteit en kwaliteitsbevordering vindt een groot aantal activiteiten en onderzoeken plaats. Hieronder benoemen we slechts een aantal speerpunten.

1. De rechtsbescherming van psychogeriatrische cliënten verbeteren. De regelgeving (Wet bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)) moet beter aansluiten op de praktijk. Wij zullen het wettelijk kader herzien dat rechtsbescherming biedt bij de toepassing van vrijheidsbeperkingen voor de psychogeriatric (en de verstandelijk gehandicaptenzorg).
2. De samenhang in de zorg voor dementerenden verbeteren. De Gezondheidsraad heeft aanbevolen om de samenhang in de zorg voor dementerenden te verbeteren. Het te ontwikkelen Landelijk Zorgprogramma Dementie (LZD) zal vanuit het cliëntenperspectief gaan beschrijven welke problemen het meest voorkomen in diverse stadia van dementie, en welke interventies daarop zijn toe te passen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een blauwdruk te ontwikkelen voor zorg voor dementerenden. In 2003 en 2004 wordt gewerkt aan de ontwikkeling van het LZD. In 2004 zal het LZD worden vastgesteld en wordt het programma in enkele pilotregio's ingevoerd. Het streven is om in 2005 te starten met de brede invoering van het LZD.
3. Het aantal netwerken palliatieve zorg uitbreiden. Het betreft vooral de financiering van de coördinator van een dergelijk netwerk. Er wordt naar gestreefd om in 2004 in elke regio van de Wet ziekenhuisvoorzieningen een of meer van deze netwerken palliatieve zorg te hebben gerealiseerd. De monitor voor de netwerken palliatieve zorg die in 2003 is ontwikkeld, moet in 2004 informatie verschaffen over het aantal netwerken, de organisatie daarvan, de deelnemers van het netwerk, de aard van de activiteiten en de inrichting van de consultatiefunctie.

##### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Om deze doelstelling te realiseren zijn wij afhankelijk van de inspanningen van de afzonderlijke zorgaanbieders. Kwaliteit van de bedrijfsvoering is primair een zaak van de instellingen. Als systeemverantwoordelijke vervullen wij een aanjaagfunctie en scheppen we zodanige voorwaarden dat instellingen hun verantwoordelijkheid kunnen nemen.

##### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

###### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Om activiteiten op te starten worden subsidies verstrekt en onderzoeken verricht. Een exacte verdeling van de inzet van begrotingsinstrumenten is nog niet beschikbaar, maar op basis van ervaringsgegevens wordt



geraamd dat van het beschikbare bedrag van € 1,649 miljoen ongeveer 80% via subsidies besteed zal worden en het overige deel via opdrachten en onderzoek.

Om de hiervoor genoemde beleidseffecten te sorteren zullen overleggen moeten plaatsvinden.

### **Premiegerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

Onder deze noemer valt met name de financiering van de coördinator van een netwerk palliatieve zorg via de subsidieregeling CVTM. Voor deze subsidieregeling wordt een monitorsysteem opgezet (zie ook paragraaf 27.2.3).

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

#### **Beleidseffecten**

Om de kosten van de gezondheidszorg te kunnen beteugelen, is het belangrijk dat de sector doelmatig werkt. De wijze waarop instellingen invulling geven aan doelmatigheid is hun eigen verantwoordelijkheid. We willen instellingen wel faciliteren om inzicht te krijgen in de doelmatigheid van hun bedrijfsvoering, en daarmee het startpunt bieden om deze daadwerkelijk te verbeteren. Daartoe is het benchmark instrument ontwikkeld. Tevens wordt op beperkte schaal de toepassing van dit instrument gefaciliteerd, waardoor de instellingen informatie krijgen over hoe de eigen instelling functioneert in vergelijking tot het functioneren van de sector.

Daarnaast willen we de informatievoorziening binnen de sector Verpleging en Verzorging en de verantwoording die daarover wordt afgelegd, verbeteren, vereenvoudigen en uniformeren. Dit moet er ook toe leiden dat de administratieve lasten omlaag gaan doordat de instellingen minder verantwoordingsdocumenten hoeven bij te houden.

Tot slot willen we het gebruik van ICT-toepassingen in de sector stimuleren. ICT-toepassingen kunnen er zowel aan bijdragen dat beleids- en sturingsinformatie wordt gegenereerd als dat de participatie van ouderen met een zorgvraag groter wordt. Er zijn investeringen in ICT nodig om te bereiken dat de informatievoorziening verbetert en de administratieve lasten verminderen.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Om deze doelstelling te realiseren zijn wij afhankelijk van de inspanningen van de afzonderlijke zorgaanbieders. Kwaliteit van de bedrijfsvoering is primair een zaak van de instellingen. Als systeemverantwoordelijke vervullen wij een aanjaagfunctie en scheppen zodanige voorwaarden dat instellingen hun verantwoordelijkheid kunnen nemen.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Op basis van ervaringgegevens ramen we dat van het beschikbare bedrag van € 3,092 miljoen ongeveer de helft via subsidies besteed zal worden en het overige deel via opdrachten en onderzoek.

#### *Subsidies*

In 2004 wordt de benchmark bij instellingen in de sector V&V nog in afgeslankte vorm gesubsidieerd. In 2005 zal de benchmark door instellin-



gen in eigen beheer kunnen plaatsvinden en willen we een bedrijfsvoeringssysteem hebben geïmplementeerd waar benchmarkgegevens uit de instellingsinformatie kunnen worden gegenereerd. De opzet van dit bedrijfsvoeringssysteem zal in 2003 en 2004 worden uitgewerkt.

#### *Overleg/onderzoek*

In 2004 willen we de instellingen in de sector V&V bij de verslaglegging gebruik laten maken van een nieuw verantwoordingsdocument. Het doel van dit nieuwe verantwoordingsdocument is dat met één document de verantwoording vereenvoudigd en gebundeld kan plaatsvinden. Met één document worden dus meer doelen gediend.

In 2003 zal een meerjarenplan ICT worden opgesteld waarin wordt vastgesteld welke velden een ICT-impuls nodig hebben. Daarnaast zullen we knelpunten in de implementatie van succesvolle ICT-projecten vaststellen. Op basis van het ICT-plan en de geïnventariseerde knelpunten zullen in 2004 kansrijke ICT-impulsen worden geïmplementeerd.

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

#### **Beleids effecten**

We willen bevorderen dat mensen ook naarmate zij ouder worden actief blijven deelnemen aan het economische, sociale, culturele en politieke leven.

De vergrijzing van de samenleving en in samenhang daarmee de toename van het aantal ouderen bieden kansen en uitdagingen voor burgers, bedrijven, maatschappelijke organisaties en overheden. Door de demografische ontwikkelingen dreigt het aantal mensen dat beschikbaar is voor de arbeidsmarkt af te nemen. Veel deskundigen stellen daarnaast dat de vergrijzing de productiviteitsontwikkeling remt. Steeds minder mensen verrichten vrijwilligerswerk en mantelzorg.

Als we het welvaartsniveau handhaven, stelt dit eisen aan de omvang en het scholingsniveau van de beroepsbevolking en dus onder andere aan de (collectieve) uitgaven aan onderwijs. De aandacht zal meer uit moeten gaan naar bij- en herscholing van ouderen. De vergrijzing heeft ook invloed op het niveau van de collectieve inkomensoverdrachten tussen burgers in verschillende levensfasen. Daardoor komt de solidariteit tussen generaties onder druk te staan. Het is nu al een punt van discussie hoe de pensioenen en zorgverzekeringen betaalbaar blijven. De solidariteit tussen generaties is dus een belangrijk aandachtspunt voor het ouderenbeleid. Inspelen op de wijzigingen in de bevolkingssamenstelling betekent noodzakelijk dat partijen elkaar weten te vinden zodat het totaal van hun gezamenlijk handelen meer is dan de som der delen. De missie voor het ouderenbeleid ligt in het verlengde van het onlangs geratificeerde Handvest van de grondrechten van de EU (Nice, 2001) waarin wordt gesteld: «De EU erkent en eerbiedigt het recht van ouderen om een waardig en zelfstandig leven te leiden en om aan het maatschappelijk en cultureel leven deel te nemen.» In de Politieke verklaring, het Actieplan en het Implementatieplan over vergrijzing die zijn aangenomen op de VN-conferenties in Madrid en Berlijn wordt vooral ook de economische dimensie van de participatie hieraan toegevoegd.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Het is een zaak van burgers, bedrijven, maatschappelijke organisaties en overheden de participatie van ouderen te bevorderen. Wij leveren een bijdrage door op de beleidsterreinen zorg, welzijn en sport beleids-

instrumenten in te zetten die direct zijn gericht op (oudere) burgers. Daarnaast creëren we de voorwaarden om het intersectorale ouderenbeleid goed af te stemmen en transparant te houden. De in de Troonrede 2002 aangekondigde integrale visie op de groeiende groep ouderen is ook in dit verband onverminderd van belang. Medio 2004 komt het kabinet met een strategische verkenning voor het beleid voor ouderen op korte termijn (tot 2010) met een doorkijk naar het beleid tot 2030. De lange-termijnvisie die in deze verkenning wordt verwoord, geeft richting aan het kabinetsbrede ouderenbeleid en biedt een (complementair) handelingskader voor de andere partijen. De inzet van partijen moet passen binnen Europese en de internationale randvoorwaarden.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

Op basis van ervaringgegevens ramen we dat van het beschikbare bedrag van € 1,630 miljoen ongeveer 70% via subsidies besteed zal worden en het overige deel via opdrachten en onderzoek.

#### *Subsidies*

Er zijn afspraken met het fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen (PGO) over de criteria voor subsidiering van de ouderenbonden. In 2004 zullen deze criteria in overeenstemming worden gebracht met nieuwe subsidiebeleid dat VWS gaat implementeren. De ouderenorganisaties bieden een kader om de maatschappelijke participatie van ouderen te bevorderen. En deze organisaties kunnen eraan bijdragen dat alle departementen, medeoverheden en uitvoerende instanties die bij het ouderenbeleid zijn betrokken, hun aanbod beter weten te richten op de mogelijkheden en behoeften van ouderen.

De subsidiering van het fonds PGO verloopt met ingang van 2003 via begrotingsartikel 21 Preventie en gezondheidsbescherming. Op dit begrotingsartikel (27) wordt nog een aantal projecten van ouderenorganisaties bekostigd.

#### *Overleg*

De langetermijnvisie op het ouderenbeleid komt tot stand in dialoog met burgers, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. Thema's die in deze visie zeker aan bod zullen komen zijn:

- Hoe de bijdrage van ouderen aan de samenleving nu en in de toekomst bevorderd kan worden.
- Hoe de solidariteit tussen generaties versterkt kan worden.
- Hoe vermijdbare zorgvragen voorkomen kunnen worden.
- Hoe de positie van zorgafhankelijke ouderen beschermd kan worden.
- Hoe burgers, marktsector, maatschappelijke organisaties en overheid hun verantwoordelijkheid voor het ouderenbeleid kunnen nemen.
- Hoe interbestuurlijke samenwerking in dienst kan staan van het ouderenbeleid.

We bevorderen informatie-uitwisseling en streven naar afstemming binnen het ouderenbeleid. Dit doen we door periodiek overleg te ondersteunen tussen departementen die bij het ouderenbeleid betrokken zijn. Daarnaast zetten we een participatiemonitor in, waarmee (samenhang in) beleid en beleidseffecten in kaart wordt gebracht en overleggen we met medeoverheden.

#### *Onderzoek*

Voor de hiervoor genoemde strategische verkenning van het kabinet zal ook een lange termijnraming worden opgesteld van de behoefte aan zorg.

Daarbij wordt een verband gelegd tussen chronische ziekten, beperkingen en technologische ontwikkelingen in de zorg.

Eind 2004 wordt met een enquête nagegaan of het gevoel van urgentie eind 2004 over de vergrijzing is toegenomen. Het streven is dat het gevoel van urgentie met 10% toeneemt ten opzichte van de nulmeting in december 2003.

#### *Publieksvoorlichting en -communicatie*

Om goed te kunnen anticiperen op de gevolgen van de gewijzigde bevolkingssamenstelling in de komende decennia, is het vereist dat burgers hierover meer kennis hebben, waardoor ze gaan beseffen hoe veelomvattend en dringend deze kwestie is. Anders gezegd: er moet een gevoel van urgentie ontstaan over de vergrijzing van de samenleving. Hiervoor worden voorlichtings- en communicatie-instrumenten ingezet.

### 27.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>32 925</b>	<b>36 716</b>	<b>29 649</b>	<b>18 935</b>	<b>19 932</b>	<b>20 761</b>	<b>21 059</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>35 174</b>	<b>30 439</b>	<b>30 485</b>	<b>19 840</b>	<b>20 812</b>	<b>21 059</b>	<b>21 059</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>32 062</b>	<b>27 208</b>	<b>27 281</b>	<b>16 813</b>	<b>17 861</b>	<b>18 108</b>	<b>18 108</b>
Tijdigheid en toegankelijkheid	4 070	5 767	6 681	4 318	5 388	3 585	3 585
Passendheid en keuzevrijheid	8 055	6 738	9 663	1 863	1 862	3 911	3 911
Samenwerking mantel- en professionele zorg	4 922	5 231	4 566	4 566	4 566	4 566	4 566
Kwaliteit	1 561	2 923	1 649	1 650	1 629	1 629	1 629
Doelmatigheid	9 145	4 703	3 092	2 757	2 757	2 757	2 757
Coördinatie en communicatie ouderenbeleid	4 309	1 846	1 630	1 659	1 659	1 660	1 660
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>3 112</b>	<b>3 231</b>	<b>3 204</b>	<b>3 027</b>	<b>2 951</b>	<b>2 951</b>	<b>2 951</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>3 256</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	30 485	19 840	20 812	21 059	21 059
2. Waarvan apparaatsuitgaven	3 204	3 027	2 951	2 951	2 951
3. Dus programma-uitgaven	27 281	16 813	17 861	18 108	18 108
Waarvan op 1 januari 2004					
4. Juridisch verplicht	66% 17 900	55% 9 200	52% 9 200	50% 9 100	50% 9 000
5. Bestuurlijk gebonden	23% 6 350	30% 5 000	28% 5 000	28% 5 000	28% 5 000
6. Beleidsmatig gereserveerd	8% 2 250	12% 2 000	11% 2 000	11% 2 000	11% 2 000
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	3% 781	4% 613	9% 1 661	12% 2 108	12% 2 108
8. Totaal	100% 27 281	100% 16 813	100% 17 861	100% 18 108	100% 18 108

De juridische verplichte bedragen betreffen voornamelijk een aantal doorlopende structurele verplichtingen en in 2004 ook een betaling aan VROM voor de uitgaven van verplichtingen die al zijn aangegaan voor de woonzorgstimuleringsregeling. De bedragen die zijn weergegeven onder bestuurlijk gebonden of beleidsmatig gereserveerd betreffen hoofdzakelijk

<b>Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)</b>						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Verpleeghuizen	4 346,6	4 342,2	4 396,1	4 459,7	4 503,8	4 522,8
Verzorgingshuizen	3 436,3	3 480,6	3 524,6	3 568,6	3 612,6	3 619,6
Thuiszorg	2 410,3	2 227,4	2 232,5	2 232,5	2 232,4	2 232,4
Persoonsgebonden budgetten	249,2	249,2	249,2	249,2	249,2	249,2
Subsidieregelingen V&V-sector	67,6	67,6	67,6	67,6	67,6	67,6
Groeiruimte verpleging en verzorging	526,7	1 226,8	1 683,3	2 275,8	2 704,9	2 704,9
Totaal	11 036,7	11 593,8	12 153,3	12 853,4	13 370,5	13 396,5
Procentuele mutatie		5,1	4,8	5,8	4,0	0,2

In de bovenstaande tabel zijn de ramingen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren op het terrein van verpleging, verzorging en ouderen.

In deze ramingen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Voorjaarsbrief Zorg 2003 en het Hoofdlijnenakkoord verwerkt. Onderaan de tabel is de gereserveerde groeiruimte afzonderlijk weergegeven. Voor een toelichting op de verdeling van deze middelen over de verschillende zorgsectoren wordt verwezen naar de bijlage FBZ. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor 2003 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2004 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

#### **27.4 VBTB-paragraaf**

De indicatiestelling (en wellicht ook – delen van – de bekostiging) zullen in 2004 functiegericht zijn. Langzamerhand verdwijnt daarmee het onderscheid in sectoren van de AWBZ, wat de presentatie naar de «ouderwetse sectoren», zoals verpleging en verzorging enigszins bemoeilijkt. De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) zal op termijn inzicht geven in de actuele vraag en het aanbod binnen de gehele AWBZ en daarmee ook in de verpleging en verzorging. De AZR zal naar verwachting uitgroeien tot een regulier systeem van prestatiegegevens en zal ook laten zien of er een evenwicht bereikt is tussen vraag en aanbod en binnen welke termijnen degenen die daarvoor in aanmerking komen geholpen worden. Zolang de AZR nog niet volledig operationeel is, zal inzicht worden verkregen in de verhouding tussen vraag en aanbod door periodieke wachtlijst-inventarisaties.

Het eindperspectief voor 2006 voor dit beleidsartikel moet worden gezien in het licht van een voor de hand liggende verdergaande integratie van de algemene en operationele doelstellingen van de AWBZ-sectoren. Hierbij zullen de doelstellingen worden geherformuleerd, waarbij rekening wordt gehouden met de ervaringen met VBTB in de afgelopen jaren.

De ontwikkeling van de AZR en de Woonzorgmonitor vormen belangrijke instrumenten om de kwaliteit van de beleids- en verantwoordingsinformatie te verbeteren en om in volgende begrotingen (en verantwoordingen) prestatiegegevens op te leveren.

Voor operationele doelstelling 3 «samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg verbeteren» is evaluatie in 2005 voorzien, gezien de uitbreiding van de financiële mogelijkheden waartoe in 2001 is besloten. Om prestatiegegevens te krijgen over kwaliteit en doelmatigheid zal aansluiting worden gezocht bij het VWS-brede traject om prestatie-

indicatoren te ontwikkelen voor de belangrijkste aandachtsgebieden (het Nederlandse raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg). Daarbij gaat het om een beperkt aantal van tussen de twintig en dertig.

Om de coördinatiefunctie op het terrein van het ouderenbeleid nader in te vullen zullen wij een participatiemonitor ontwikkelen. Deze monitor zal eind 2004 gereed zijn. In 2003 is deze monitor (die in de begroting 2003 werd aangeduid als Beleidsmonitor ouderen) nog niet totstandgekomen. Met de Participatiemonitor zal systematisch de inhoud van beleidsontwikkelingen van departementen, lagere overheden en binnen het veld worden gevolgd. Deze informatie wordt vastgelegd in een tweejaarlijks te verschijnen publicatie over het intersectorale ouderenbeleid.

**Tabel 27.5: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatieonderzoek naar doelmatigheid en kwaliteit in de sector verpleeg- en verzorgingshuizen (benchmark)	2001–2004
Evaluatie van de operationele doelstelling: samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg verbeteren	2005

### 28.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

Ouderen en gehandicapten in Nederland kunnen ondersteuning krijgen om zo veel mogelijk zelfstandig te functioneren en maatschappelijk te participeren. Om een maatschappelijk isolement te voorkomen en zelfstandigheid te bevorderen, heeft de overheid onder meer de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) ingesteld. De Wvg is in 1994 in werking getreden en biedt voorzieningen op het gebied van wonen, vervoer en rolstoelen. In 2002 is de verantwoordelijkheid van de Wvg overgegaan van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) naar het ministerie van VWS.

De gemeenten voeren de Wvg uit. Gemeenten worden door het Rijk in staat gesteld hun zorgplicht uit te voeren. Naast de algemene uitkering uit het Gemeentefonds worden vanuit de begroting van VWS nog enkele specifieke voorzieningen gefinancierd. Dit zijn de dure woning-aanpassingen en het sociaal vervoer van bewoners van AWBZ-instellingen (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Daarnaast is er sinds 1998 het ketenmanagement voor bovenregionaal vervoer (TraXX). TraXX organiseert voor gehandicapten bovenregionale reisketens per openbaar vervoer (OV) of collectief vraagafhankelijk vervoer (CVV). Als de OV-keten niet adequaat is, wordt voor individueel vervoer gezorgd.

#### **Beleidseffecten**

Uit de derde evaluatie van de Wvg (2001) bleek dat 85% van de Wvg-cliënten tevreden is met de uitvoering van de wet en de voorzieningen die ze hebben verkregen. Hoewel we nastreven dat zo veel mogelijk Wvg-cliënten tevreden zijn, beschouwen we een cliënttevredenheid van 85% als een positief resultaat. Wij willen daarom dat de cliënttevredenheid minimaal 85% blijft, maar streven ernaar dat dit percentage boven de 85% uitkomt. Met de Monitor Wvg-protocol, die thans wordt uitgevoerd, wordt een indicatie van de cliënttevredenheid verkregen.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Het grootste deel van de middelen voor de Wvg wordt verdeeld via het Gemeentefonds. De uitvoering van de Wvg behoort tot het gemeentelijk domein. Het gemeentebestuur moet voorzieningen treffen die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht zijn. Het Rijk stelt de gemeenten in staat hun zorgplicht uit te voeren. De minister van VWS heeft een systeemverantwoordelijkheid voor het functioneren van de Wvg.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van doelstelling**

##### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

###### *Protocol*

Om de tevredenheid van de cliënten te blijven waarborgen, richten wij onze inspanningen op de invulling die gemeenten geven aan het begrip «verantwoorde voorzieningen» in de Wvg. In maart 2002 heeft de minister van SZW met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en belangenorganisaties een protocol ondertekend waarin het begrip «verantwoorde

voorzieningen» nader wordt ingevuld. De doelen van het protocol waren om een aantal knelpunten<sup>1</sup> bij de uitvoering van de Wvg op te lossen en om de verschillen tussen gemeenten te reduceren. De implementatie en werking van het protocol worden gevolgd en geëvalueerd met de Monitor Wvg-protocol. Deze monitor is een vervolg op de quick scan van april 2003 en bestaat uit een onderzoek onder gemeenten en een onderzoek onder cliënten. De resultaten van de Monitor Wvg-protocol komen naar verwachting in december 2003 beschikbaar. Aan de hand van de bevindingen van de monitor wordt in 2004 besloten of er een algemene maatregel van bestuur (AMvB) komt. Om het mogelijk te maken dat nadere regels in de Wvg worden gesteld, is eind april 2002 een voorstel tot wijziging van de Wvg ingediend bij de Tweede Kamer.

Verder vindt in 2004 een aantal activiteiten plaats die ten laste komen van de begroting van VWS:

#### *Ketenmanagement bovenregionaal vervoer*

Het contract met TraXX loopt per 1 april 2004 af. Een nieuwe aanbesteding wordt voorbereid voor de periode vanaf 1 april 2004.

Uit gegevens over de huidige contractuitvoering blijkt dat de regeling toestaat dat in sommige gevallen excessief gebruik wordt gemaakt van taxivervoer. Bij het nieuwe contract zal dit niet langer mogelijk zijn. Bij het nieuwe concept voor bovenregionaal vervoer wordt uitgegaan van een tweesporenconcept. Voor het eerste spoor zal VWS met het ministerie van Verkeer en Waterstaat en de dienstverleners in het openbaar vervoer bezien op welke wijze de assistentieverlening bij het openbaar vervoer kan worden verbeterd. Het tweede spoor voorziet in een individuele voorziening voor die gehandicapten die gezien hun beperking(en) niet of moeilijk met de trein reizen. De aanbesteding voor het nieuwe contract heeft betrekking op de individuele voorziening in het tweede spoor.

Voor het bovenregionaal vervoer is voor 2004 een bedrag begroot van € 26 miljoen. Dit bedrag is bedoeld voor de uitvoering van het nieuwe contract voor het bovenregionaal vervoer inclusief de indicatiestelling.

#### *Specifieke uitkeringen*

##### *– Besluit rijksvergoeding Wvg-woonvoorzieningen (dure woningaanpassingen)*

Alle woningaanpassingen worden door gemeenten uitgevoerd. Op grond van dit besluit geeft het Rijk gemeenten een vergoeding voor woningaanpassingen duurder dan € 20 420. Gemeenten kunnen voor dure woningaanpassingen een declaratie indienen bij het Rijk. VWS vergoedt de kosten voor woningaanpassing, verminderd met een standaardbijdrage van € 9 963 en de eigen bijdrage van de gehandicapte. Daarnaast ontvangt de gemeente per aanvraag € 454 van VWS als tegemoetkoming in de uitvoeringskosten voor de woningaanpassing.

Voor de woningaanpassingen is in 2004 een bedrag begroot van € 14,6 miljoen.

##### *– Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten (Bbag)*

Gemeenten met een intramurale AWBZ-instelling ontvangen op basis van dit besluit via een bepaalde verdeelsleutel een bijdrage voor de kosten van het sociaal vervoer voor bewoners van bepaalde AWBZ-instellingen. Deze bijdragen worden lumpsum aan gemeenten verstrekt en worden jaarlijks geïndexeerd. De kosten voor het sociaal vervoer worden in 2004 op € 22 miljoen begroot.

---

<sup>1</sup> De volgende knelpunten worden gesignaleerd: het aanbod van voorzieningen is onvoldoende toegesneden op de vraag, de kwaliteit van voorzieningen is onvoldoende, de uitvoeringsorganisatie is niet optimaal en de wachttijden zijn soms lang.



### Subsidies en overige beleidsuitgaven

Voor subsidies en overige beleidsuitgaven is in 2004 circa € 0,5 miljoen beschikbaar.

## 28.2 Budgettaire gevolgen van beleid

### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>51 526</b>	<b>56 215</b>	<b>63 253</b>	<b>63 353</b>	<b>63 353</b>	<b>63 353</b>	<b>63 353</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>60 829</b>	<b>50 588</b>	<b>63 480</b>	<b>63 353</b>	<b>63 353</b>	<b>63 353</b>	<b>63 353</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>60 829</b>	<b>50 243</b>	<b>63 135</b>	<b>63 008</b>	<b>63 008</b>	<b>63 008</b>	<b>63 008</b>
Maatschappelijke participatie ouderen en gehandicapten	60 829	50 243	63 135	63 008	63 008	63 008	63 008
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>60 829</i>	<i>50 243</i>	<i>63 135</i>	<i>63 008</i>	<i>63 008</i>	<i>63 008</i>	<i>63 008</i>
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>0</b>	<b>345</b>	<b>345</b>	<b>345</b>	<b>345</b>	<b>345</b>	<b>345</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>632</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2004		2005		2006		2007		2008	
1.	Totaal geraamde kasuitgaven	63 480		63 353		63 353		63 353		63 353	
2.	Waarvan apparaatsuitgaven	345		345		345		345		345	
3.	Dus programma-uitgaven	63 135		63 008		63 008		63 008		63 008	
	Waarvan op 1 januari 2004										
4.	Juridisch verplicht	72%	45 662	62%	39 000	62%	39 000	62%	39 000	62%	39 000
5.	Bestuurlijk gebonden	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
6.	Beleidsmatig gereserveerd	27%	16 966	38%	23 758	38%	23 758	38%	23 758	38%	23 758
7.	Beleidsmatig nog niet ingevuld	1%	507	0%	250	0%	250	0%	250	0%	250
8.	Totaal	100%	63 135	100%	63 008	100%	63 008	100%	63 008	100%	63 008

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

## 28.3 VBTB-paragraaf

Zoals is toegezegd in de begroting 2003 wordt met een monitor geëvalueerd in hoeverre gemeenten het Wvg-protocol toepassen. Zoals eerder in dit artikel is aangegeven, komen de resultaten hiervan naar verwachting in december 2003 beschikbaar. De cliënttevredenheid wordt gemeten bij de evaluatie van de Wvg in 2006.

In de voorgaande begroting was aangekondigd dat bij de begroting 2004 bezien zou worden of het beleid voor het collectieve deel van het bovenregionaal vervoer en het beleid voor dure woningaanpassingen bij V&W en VROM ondergebracht konden worden. In de Bouwstenennotitie die de minister van SZW op 19 juli 2002 aan de Tweede Kamer heeft verstuurd, worden drie varianten beschreven waarvan deze overheveling



onderdeel uitmaakt van één van deze varianten. Het is de bedoeling om in het najaar van 2003 een kabinetsreactie aan de Tweede Kamer te sturen waarbij de contouren van een dienstenstelsel beschreven zullen worden. Voor het eindperspectief van dit beleidsartikel is de discussie over een dienstenstelsel, waarbij de Wvg ook betrokken wordt, ook relevant.

In de voorbereiding van de begroting 2005 willen wij nagaan of het mogelijk is om, in aanvulling op de huidige evaluatie-instrumenten, een indicator op te nemen over het zelfstandig functioneren en maatschappelijk participeren van ouderen en gehandicapten.

**Tabel 28.1: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie Wvg	2006

## BELEIDSARTIKEL 29: ARBEIDSMARKTBELEID

### 29.1 Algemene beleidsdoelstelling

**Een beheerste ontwikkeling van de arbeidskosten, een innovatief functionerende arbeidsmarkt mede gericht op een optimale allocatie, en de implementatie van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid.**

Net als bij andere onderdelen van de collectieve sector gaat het kabinet in de zorg- en welzijnssector uit van een gematigde loonontwikkeling in de komende jaren. Dit levert een bijdrage aan een gematigde loonontwikkeling in de economie in zijn geheel. Daarnaast wordt de ruimte voor incidentele loonontwikkeling beperkt.

Door het dalende ziekteverzuim nemen de kosten door ziekteverzuim in de instellingen af. Deze kostenreductie zal in de instellingsbudgetten worden doorvertaald middels een oplopende korting. De opbrengst hiervan is € 17 miljoen in 2004, oplopend tot € 70 miljoen in 2007.

Eveneens is in het Hoofdlijnenakkoord ten laste van het arbeidsmarkt- en informatiebeleid van VWS een taakstelling opgenomen van € 33 miljoen in 2004 en € 105 miljoen in 2005 en verdere jaren. De verantwoordelijkheid voor het specifieke arbeidsmarktbeleid ligt bij sociale partners. De afgelopen jaren heeft VWS dit beleid gefaciliteerd. Dit beleid is inmiddels geïmplementeerd in de reguliere bedrijfsvoering en het arbeidsvoorwaardenbeleid. Mede gegeven de budgettaire omstandigheden en het gegeven dat in vergelijking met de marktsector de arbeidsmarkt van de zorg- en welzijnssector sterk is verbeterd, kan de beleidsinzet van VWS op het terrein van specifiek arbeidsmarktbeleid worden gereduceerd. Het specifieke arbeidsmarktbeleid dat VWS faciliteert wordt uitgevoerd door de sectorfondsen. Daarom brengen wij deze taakstelling geheel ten laste van het Sectorfonds Zorg, het Sectorfonds Welzijn, het Sociaal Fonds voor de KennisSector (SoFoKleS), de Stichting Ontwikkeling Vakopleiding Ambulancehulpverlening (SOVAM) en de Stichting Bedrijfsfonds Apotheken (SBA).

Het langetermijnperspectief van de arbeidsmarkt vergt een sterkere aandacht op innovatieve arbeidsbesparende initiatieven. Via onderzoek en in samenwerking met het veld streven wij er naar deze meer te implementeren. Ten slotte willen wij – in het kader van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid van het kabinet – ondersteunen dat per jaar 2 500 gesubsidieerde banen regulier worden gemaakt.

Het rapport *De arbeidsmarkt in de collectieve sector. Investeren in mensen en kwaliteit* van de commissie-Van Rijn uit 2001 presenteerde twee oplossingsrichtingen voor de arbeidsmarkt knelpunten in de collectieve sector. Het betreft enerzijds maatregelen die op korte termijn ingevoerd kunnen worden en relatief snel effect kunnen hebben en anderzijds maatregelen gericht op de lange termijn die een ontwikkelingstraject vereisen. De kortetermijnmaatregelen zijn breed opgepakt in de sector. De stimulerende rol van de overheid op dit terrein kan dan ook worden verminderd.

De maatregelen op lange termijn hebben een innovatief karakter en dragen bij aan een vergroting van de productiviteit en de kwaliteit. Deze

innovatieve maatregelen dienen plaats te hebben op het terrein van management en sturing, ICT en personeelsbeleid.

### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 29.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	11	11	11	11
Korting op projectsubsidies	724	1 354	1 074	1 517

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Zoals aangegeven ligt het primaat van de arbeidsverhoudingen bij de sociale partners. Het arbeidsmarktbeleid van VWS is erop gericht deze rol te stimuleren. Wij zijn van mening dat het nu tijd is dat sociale partners deze verantwoordelijkheid in toenemende mate zelf ter hand te nemen. Concreet houdt dat in dat in plaats van een stimulerende rol met de nadruk op een adequate personeelsvoorziening, wij de komende kabinetsperiode een stimulerende rol willen vervullen om de arbeidsproductiviteit te verhogen.

### **Algemeen beeld arbeidsmarkt**

Om een algemeen beeld te schetsen van de arbeidsmarktsituatie in de zorg- en welzijnsector vergelijken we in tabel 29.2 de belangrijkste kengetallen van de zorg- en welzijnssector met die van de hele Nederlandse arbeidsmarkt.

**Tabel 29.2: Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn en de gehele arbeidsmarkt in Nederland (kengetallen)**

Zorg en Welzijn					
	1998	1999	2000	2001*	2002*
Werkzame personen	925 000	948 000	967 000	1 012 000	1 063 000
Fte's	645 000	660 500	675 300	703 000	732 700
Aantal banen	1 000 000	1 025 000	1 046 000	1 095 000	1 146 000
Ziekteverzuim (% excl. zwangerschap)	7,3%	7,8%	7,8%	7,5%	7,0%
Lopende WAO-uitkeringen	90 111	95 906	103 266	109 427	113 738
Instroomkans WAO	1,9%	1,8%	1,8%	1,9%	1,7%
Uitstroomkans WAO	10,2%	9,4%	8,3%	9,1%	10,2%
Vacatures (% banen van werknemers)	1,3%	1,6%	1,9%	2,2%	1,8%
Vacatures (moeilijk vervulbaar)	0,5%	0,7%	0,9%	1,1%	0,6%
Index CAO-lonen per uur (1990=100)**	122,0	126,9	131,6	138,8	145,0

Nederland					
	1998	1999	2000	2001*	2002*
Werkzame personen	7 743 000	7 946 000	8 124 000	8 274 000	8 349 000
Fte's	6 166 000	6 309 100	6 423 000	6 505 900	6 521 000
Aantal banen	8 194 000	8 400 000	8 583 000	8 745 000	8 799 000
Ziekteverzuim (% excl. zwangerschap)	5,0%	5,4%	5,5%	5,4%	5,4%
Lopende WAO-uitkeringen	728 816	744 117	768 779	792 116	802 468
Instroomkans WAO	1,6%	1,4%	1,5%	1,5%	1,3%
Uitstroomkans WAO	10,0%	10,2%	9,0%	9,3%	9,3%
Vacatures (% banen van werknemers)	2,0%	2,4%	2,8%	2,6%	1,5%
Vacatures (moeilijk vervulbaar)	0,8%	1,2%	1,2%	1,1%	0,4%
Index CAO-lonen per uur (1990=100)**	123,9	128,0	132,2	138,5	143,7

Bron: CBS, juli 2003

\* de jaren 2001 en 2002 zijn voorlopige cijfers

\*\* inclusief bijzondere beloningen

## 29.2 Operationele beleidsdoelstellingen

### 29.2.1 De (voor de komende jaren) verwachte personeelstekorten in de VWS-sectoren terug te dringen tot het niveau van de gebruikelijke fricties op de arbeidsmarkt

#### Beleids effecten

De afgelopen jaren hebben wij het arbeidsmarktbeleid gefaciliteerd via de sectorfondsen. Gezien de hiervoor geformuleerde visie op het arbeidsmarktbeleid, hebben we het voornemen de subsidie aan de sectorfondsen af te bouwen. Vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid geven wij de sociale partners in 2004 de gelegenheid te anticiperen op de gevolgen van deze heroriëntatie. In 2004 wordt het beleid zoals dat is gevoerd van 2000 tot en met 2003 beperkt voortgezet. Het gaat daarbij onder andere om het verder terugdringen van de WAO-instroom en het ziekteverzuim, om het beleid dat is gevoerd om verloop van personeel tegen te gaan en om beleid dat erop is gericht de instroom in de zorgopleidingen te vergroten.

De centrale beleidsdoelstelling op het terrein van de arbeidsmarkt is personeelstekorten te voorkomen. In het Convenant Arbeidsmarkt Zorg (CAZ) en het Convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugdhulpverlening (CAWJ) met werkgevers en werknemers uit 1999 zijn de volgende doelstellingen concreet geformuleerd<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Ook in het CAWJ zijn subdoelstellingen opgenomen. Hier concentreren wij ons echter op de CAZ-doelstellingen, omdat deze door het kwantitatieve karakter goed meetbaar zijn en de zorgsector bovendien in omvang een stuk groter is.

- 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.
- In vier jaar 20% verbetering in het personeelsverloop.

Extrapolatie van deze doelstellingen tot en met 2004 betekent:

- Het ziekteverzuim in de zorgsector met 5% verlagen.
- De WAO-instroom in de zorgsector met 5% verlagen.
- 5% meer instroom in opleidingen voor verplegend en verzorgend personeel.
- 5% minder uitstroom van personeel.

**Tabel 29.3: Realisatie en doelstelling om personeelstekorten terug te dringen, uitgesplitst naar vier prestatie-indicatoren**

Prestatie-indicatoren	2002 Realisatie	2003 Doelstelling	2004 Doelstelling
Ziekteverzuim zorg en welzijn	7,0%	6,8%	6,5%
WAO-instroom zorg en welzijn	1,7%	1,7%	1,6%
Instroom opleidingen VenV-personeel	22 420	24 700	25 900
Nettoverloop VenV-personeel	4,3%	3,8%	3,6%

Bron: VWS, juli 2003

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

Er wordt subsidie gegeven aan:

- Sectorfondsen op basis van hun jaarlijkse werkplannen en jaarverslagen.  
Voor de sectoren die zijn aangesloten bij een van de hiervoor genoemde arbeidsmarktconvenanten gelden de in convenantverband vastgestelde speerpunten als kader om de werkplannen te beoordelen. Na afloop van het subsidiejaar leggen de sectorfondsen verantwoording af over de bestedingen en de bereikte resultaten in het afgelopen jaar. Op basis hiervan wordt definitief afgerekend.
- Onderzoeksprogramma's bij de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).  
In het kader van de arbeidsmarktconvenanten worden onderzoeksprogramma's uitgevoerd, die erop gericht zijn het arbeidsmarktbeleid te onderbouwen en te ontwikkelen. We leveren een financiële bijdrage aan het onderzoeksprogramma en zijn met de overige convenantpartijen betrokken bij de keuze van de onderzoeksobjecten en bij de begeleiding van de onderzoeken.

## 29.2.2 Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg en welzijnssector

### Beleidseffecten

Op dit moment werken ruim 1 000 000 mensen in de zorg en welzijnssector, ruim 13% van alle werkzame personen in Nederland. De stijgende zorgvraag, onder andere als gevolg van de vergrijzing, betekent dat in de toekomst het beroep op de arbeidsmarkt alleen maar groter wordt. Om twee redenen is dat problematisch. Ten eerste leidt het tot een verdergaande kostenstijging in de zorg- en welzijnssector. Ten tweede valt ernstig te betwijfelen of er voldoende arbeidskrachten beschikbaar zijn. De potentiële beroepsbevolking groeit immers niet of nauwelijks en in dat geval kan een groeiende zorgsector alleen maar ten koste gaan van de werkgelegenheid in de marktsector.

**Tabel 29.4: Arbeidsbehoefte zorg en welzijn en de gehele Nederlandse economie**

	2003*	2010**	2015	2020	2025
Werkzame personen zorg en welzijn	1 078 945	1 260 630	1 426 287	1 613 713	1 825 768
Werkzame personen Nederland	8 286 383	8 411 458	8 382 059	8 352 763	8 261 286
Werkzame personen zorg en welzijn in % van totaal werkzame personen in Nederland	13%	15%	17%	19%	22%

\* 2003 is raming obv CEP 2003

\*\* Na 2003 is uitgegaan van een volumegroei van 2,5% per jaar in de zorg en welzijnssector en evenredige toename van het personeel. Het aantal werkzame personen in Nederland is op basis van prognoses van het CBS ten aanzien van de groep 15–65 jaar uit de bevolking. Tot 2010 zal deze groep toenemen met 0,25% per jaar. Vanaf 2010 tot 2020 zal deze groep echter afnemen met 0,07% per jaar en verder afnemen met 0,22% per jaar tot 2025.

Bron: CBS, december 2002; CPB, april 2003

Een oplossing voor beide problemen is om te werken aan verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg- en welzijnssector. Verhoging van de productiviteit vormt daarom voor de komende jaren de uitdaging voor het arbeidsmarktbeleid van VWS. Innovaties in de zorgsector zijn er veelal op gericht de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. Meer dan in het verleden zullen innovaties dan ook gericht moeten zijn op arbeidsbesparende werkprocessen en arbeidsbesparende technische ontwikkelingen.

### Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

#### Begrotingsgerelateerde instrumenten

##### Overleg

Onze rol bij de verhoging van de arbeidsproductiviteit is hoofdzakelijk agenderend en ondersteunend. In overleg met het veld willen wij vanaf 2005 arbeidsbesparende investeringen aanmoedigen en stimuleren, onder andere door kansrijke initiatieven en projecten te faciliteren.

Daarvoor willen wij met ingang van 2004 de volgende activiteiten ontplooiën:

- Stimuleren dat bij innovatietrajecten, gericht op de kwaliteit van dienstverlening, ook het arbeidsbesparende effect meegewogen wordt.
- Innovatietrajecten stimuleren die gericht zijn op arbeidsbesparende effecten.

- Zorginhoudelijk beleid en arbeidsmarktbeleid (onder andere op het terrein van de wachtlijsten) verder integreren.
- Stimuleren dat best practices sneller en vaker navolging vinden.

Om dit beleid te concretiseren zullen in 2004 indicatoren worden geformuleerd.

### 29.2.3 Het regulier maken van gesubsidieerde banen

#### Beleideffecten

Wij hebben in februari 2003 met sociale partners en gemeenten het Convenant Gesubsidieerde Arbeid Zorgsector afgesloten om instellingen te stimuleren gesubsidieerde banen om te zetten in reguliere arbeidsplaatsen.

Tabel 29.5: Realisatie en raming voor regulier maken van gesubsidieerde banen							
Prestatie-indicatoren	2002 Realisatie	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming
Uitstroom naar reguliere arbeid in VWS-veld		3 500	1 250	2 500	2 500	2 500	2 500
- mbv tijdelijke stimuleringsregeling regulier maken I/D-banen (SZW) met aanvulling VWS	nvt	3 500	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
- mbv stimuleringssubsidie doorstroom (VWS)	nvt	nvt	1 250	2 500	2 500	2 500	2 500

Bron: Administratie subsidieregelingen VWS en SZW, juli 2003

De tijdelijke stimuleringsregeling *Regulier maken I/D-banen* van het ministerie van SZW voorziet in een premie als een (gesubsidieerde) I/D-baan wordt omgezet in een (ongesubsidieerde) reguliere baan. De banen moeten in 2003 omgezet worden. De SZW-subsidie wordt in twee tranches, in 2003 en 2004, verstrekt. Bij de tweede tranche in 2004 verstrekt VWS aanvullingen voor banen die in 2003 worden omgezet in de sectoren zorg, welzijn en jeugdhulpverlening. Er zijn middelen gereserveerd voor maximaal 3 500 aanvullingen in deze sectoren.

In het Convenant Gesubsidieerde Arbeid Zorgsector is overeengekomen dat vanaf 2005 door alle betrokken partijen wordt gestreefd naar 2 500 doorstromingen uit gesubsidieerde naar reguliere arbeid per jaar. Voor 2004 wordt geraamd dat er maximaal 1 250 keer een beroep zal worden gedaan op de Stimuleringssubsidie doorstroom.

#### Aard van de verantwoordelijkheid

Wij zijn er voor verantwoordelijk een bijdrage te leveren aan het kabinetsbeleid om gesubsidieerde banen regulier te maken en aan de uitvoering van het Convenant Gesubsidieerde arbeid Zorgsector.

## Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

### Begrotingsgerelateerde instrumenten

#### Subsidies

Wij stellen € 30 miljoen structureel per jaar beschikbaar. Deze middelen worden aangewend voor:

- Een aanvulling voor het VWS-veld op de stimuleringsregeling van SZW, die faciliteert dat gesubsidieerde banen worden omgezet in reguliere banen in 2003.
- Een stimuleringssubsidie vanaf 2004 voor de doorstroom van gesubsidieerde werknemers naar reguliere banen in het VWS-veld.

### 29.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>203 279</b>	<b>182 049</b>	<b>150 781</b>	<b>75 480</b>	<b>72 323</b>	<b>72 871</b>	<b>72 871</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>222 452</b>	<b>200 342</b>	<b>160 415</b>	<b>75 714</b>	<b>72 323</b>	<b>72 871</b>	<b>72 871</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>218 996</b>	<b>196 030</b>	<b>156 594</b>	<b>73 168</b>	<b>69 829</b>	<b>70 377</b>	<b>70 377</b>
Terugdringen personeelstekorten	218 996	196 030	126 594	43 168	39 829	40 377	40 377
Regulier maken gesubsidieerde banen	0	0	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>3 456</b>	<b>4 312</b>	<b>3 821</b>	<b>2 546</b>	<b>2 494</b>	<b>2 494</b>	<b>2 494</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>7 154</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2004		2005		2006		2007		2008	
1.	Totaal geraamde kasuitgaven	160 415		75 714		72 323		72 871		72 871	
2.	Waarvan apparaatsuitgaven	3 821		2 546		2 494		2 494		2 494	
3.	Dus programma-uitgaven	156 594		73 168		69 829		70 377		70 377	
Waarvan op 1 januari 2004											
4.	Juridisch verplicht	98%	153 330	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
5.	Bestuurlijk gebonden	0%	0	93%	67 806	92%	64 004	91%	63 904	91%	63 904
6.	Beleidsmatig gereserveerd	2%	3 264	7%	5 362	8%	5 825	9%	6 473	9%	6 473
7.	Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
8.	Totaal	100%	156 594	100%	73 168	100%	69 829	100%	70 377	100%	70 377

De beleidsmatige reserveringen betreffen de beleidsvoornemens voor de verhoging van de arbeidsproductiviteit zoals in deze begroting is verwoord in paragraaf 29.2.2.

### 29.4 VBTB-paragraaf

De monitoring van de arbeidsmarkt vindt jaarlijks plaats. Tot en met 2004 gebeurt dit door middel van het Integrerend rapport en de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Beide publicaties worden verzorgd door de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA). Het Integrerend OSA-rapport 2002 en de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn



2002 zijn in het najaar 2002 verstuurd naar de Tweede Kamer. De rapportages voor het jaar 2003 zullen in het najaar 2003 naar de Kamer worden verstuurd. In 2004 zal een heroriëntatie plaatsvinden op de wijze en de toedeling van de monitoring van de arbeidsmarkt.

In 2003 vinden evaluatieonderzoeken plaats naar de effectiviteit van de arbeidsmarktconvenanten (CAZ en CAWJ). Hierover zullen wij verantwoording afleggen in het Jaarverslag 2003.

Wat betreft het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorgen welzijnssector zullen we in 2004 in de Begroting 2005 indicatoren formuleren om de doelstelling van dit beleidsvoornemen te kwantificeren.

In 2006 wordt de doorstroming uit gesubsidieerde naar reguliere arbeid van het Convenant Gesubsidieerde Arbeid Zorgsector geëvalueerd.

## BELEIDSARTIKEL 30: OPLEIDINGEN, INFORMATIE-, KWALITEITS- EN PATIËNTENBELEID

### 30.1 Algemene beleidsdoelstelling

**Optimale zorg met behulp van informatie-, communicatie- en technologiebeleid, capaciteit van beroepsbeoefenaren, patiëntenbeleid en ethiek.**

In de zorg horen de behoeften van zorggebruikers centraal te staan. Dat staat in het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet. Dit uitgangspunt is zowel van betekenis bij de inrichting van het stelsel als bij het daadwerkelijk verlenen van zorg. Het brengt een verandering met zich mee in de positionering van de drie voornaamste spelers: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers. Daarbij dient tevens de regeldruk en administratieve last substantieel te worden verminderd. Het streven naar optimale zorg binnen de daarvoor geldende randvoorwaarden, wordt in dit artikel voor een aantal sectoroverstijgende onderwerpen verder uitgewerkt.

#### Subsidietaakstelling begroting

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 30.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	2 818	2 955	3 227	3 227
Korting op projectsubsidies	1 772	3 316	2 630	3 716

### 30.2 Operationele beleidsdoelstellingen

#### 30.2.1 Gebruik van zinvolle vernieuwingen in de zorg vanuit de invalshoeken van ICT, kwaliteit en doelmatigheid

Onder deze operationele doelstelling vallen drie onderwerpen, te weten informatie- en communicatietechnologie (ICT), kwaliteit en doelmatigheid.

##### Aard van de verantwoordelijkheid

Voor al deze onderwerpen geldt dat het de verantwoordelijkheid van instellingen en beroepsbeoefenaren is om effectieve, veilige, eigentijdse, doelmatige en patiëntgerichte zorg te leveren (Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Zij moeten daarover op transparante wijze verantwoording af leggen. Zorgverzekeraars dienen als inkopers van zorg – op basis van de verzekeringswetgeving – effectieve, veilige, eigentijdse, doelmatige en patiëntgerichte zorg in te kopen en erop toe te zien dat deze zorg ook wordt geleverd. Patiënten en cliënten dienen een gewaarborgde inbreng op basis van de diverse patiëntenwetten te hebben en daartoe van voldoende en goede informatie te worden voorzien. Wij zijn er voor

verantwoordelijk dat dit systeem functioneert en wij dragen zorg voor de wet- en regelgeving die daarvoor nodig is.

## **a. Informatie- en communicatietechnologie**

### **Beleids effecten**

Artsen, apothekers, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en andere zorginstellingen werken op het gebied van ICT nog te weinig samen. Op dit vlak is nog veel winst te behalen. Met behulp van ICT is het mogelijk om de kwaliteit in de zorg te verbeteren, kosten te besparen en het werk voor mensen in de zorgsector aantrekkelijker te maken. Het breed toepassen van ICT is van belang om het zorgstelsel te verbeteren en de administratieve lasten te verminderen.

In 2002 is het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) van start gegaan om technische, organisatorische en bestuurlijke afspraken te maken over hoe gestandaardiseerde informatie tussen zorginstellingen veilig kan worden uitgewisseld. Het NICTIZ werkt eraan om in 2006 een landelijk dekkend elektronisch medicatiedossier te realiseren. In 2004 moet een voorloper in enkele regio's in gebruik zijn genomen. Wij werken ook aan randvoorwaarden voor veilige communicatie in de zorg. Door middel van een uniek persoonsnummer kunnen, alleen door daartoe geautoriseerde personen, in de zorg uitsluitend juiste gegevens worden gebruikt. Wetgeving is in voorbereiding voor zowel de invoering van het Zorg Identificatie Nummer (ZIN) als voor een veilige wijze van informatie-uitwisseling met alle noodzakelijke waarborgen voor de privacy van de patiënt en de zorgverlener. Naast een uniek nummer voor iedere Nederlander wordt ook een uniek nummer ontwikkeld voor iedere zorgverlener die in Nederland werkt, het Unieke Zorgverleners Identificatienummer (UZI). Het UZI- en ZIN-register moeten in 2004 gereed zijn.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

Het NICTIZ wordt in de aanloopfase, die loopt tot en met 2006, gefinancierd.

##### *Wet- en regelgeving*

Een wetsvoorstel voor ZIN en beveiliging is in voorbereiding.

##### *Voorlichting*

Voorlichting krijgt – afhankelijk van de vormgeving van wet- en regelgeving – gestalte via voorlichtingsbijeenkomsten, publiciteitscampagnes en voorlichtingsmateriaal.

## **b. Kwaliteit van zorg**

### **Beleids effecten**

De Kwaliteitswet heeft er tot op heden onvoldoende toe geleid dat kwaliteit door het veld actief en integraal wordt aangepakt. Deze conclusie is af te leiden uit een evaluatie van deze wet eind 2001 en uit het rapport «Staat van de gezondheidszorg» (29 november 2002) van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Door een vernieuwende, actieve en waar nodig repressieve aanpak moet een omslag worden gemaakt in het

kwaliteitsbeleid. In de brief van 4 december 2002 (TK 2002–2003, 28 439, nr. 2) is daarvoor een aanpak neergelegd. De zorg kan beter, de zorg moet beter. De combinatie tussen herontwerp van zorgprocessen, ICT en de juiste inzet van vaardigheden van professionals blijkt de sleutel te zijn tot een betere prestatie van de zorgsector. Ondanks goede innovaties, moet helaas worden vastgesteld dat die voorbeelden niet op grote schaal worden overgenomen en geïmplementeerd. Om dat te bevorderen, zijn naast het inzetten op de noodzakelijke stelselherziening met meer marktprikkels, minder bureaucratie en administratieve lasten, ook kwaliteitsverbetering en het krachtig bevorderen van innovatie nodig. De sector moet kunnen aantonen dat zij jaarlijks in staat is kwalitatief betere zorg te leveren dan het jaar daarvoor. Dit kan worden afgemeten aan een groeiend percentage instellingen dat volgens een kwaliteitsstelsel werkt en extern gecertificeerd is, aan het aantal verbeterprojecten dat ze uitgevoerd hebben, aan de effecten van die projecten (indicatoren) en aan een grotere patiënttevredenheid.

De hoofdlijnen van beleid worden nu voortgezet in het programma «kwaliteit, innovatie en efficiency». Concrete speerpunten hieruit zijn: Elke instelling moet concreet een substantiële vordering kunnen laten zien bij het implementeren van een goed werkend en geborgd kwaliteitssysteem. Daarnaast bevorderen wij dat elke sector in de zorg jaarlijks, te beginnen in 2004, minimaal twee op patiëntniveau geformuleerde doelstellingen formuleert op thema's die als knelpunt worden ervaren (bijvoorbeeld wachtlijsten voor afspraak polikliniek of wachttijden OK) of waar het aantoonbare onveilige zorg betreft, bijvoorbeeld postoperatieve wondinfecties of gebrek aan decubituspreventie. Om de informatievoorziening te verbeteren, moet eind 2004 in iedere sector van de zorg een beperkte set prestatie-indicatoren zijn ingevoerd, die goed zicht geeft op de kwaliteitsontwikkeling in de desbetreffende sector.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Subsidies*

Om de kwaliteitsverbetering in de zorg te ondersteunen, worden in samenspraak met het veld afspraken gemaakt met ontwikkel-, onderzoeks- en certificeringsinstellingen over prioriteiten voor 2004. De betrokken instellingen, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), ontvangen daarvoor subsidie.

#### *Wet- en regelgeving*

De Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en de verschillende patiëntenwetten hebben als doel een kwalitatief goede en doelmatige zorgverlening te verwezenlijken. In 2004 zal onderzoek plaatsvinden naar de haalbaarheid van een wettelijke verplichting tot certificering, evenals naar de mogelijkheid het instrument van bestuurlijke boetes toe te laten passen door de inspectie.

#### *Overleg*

Om ervoor te zorgen dat de omslag in het kwaliteitsbeleid wordt gerealiseerd, is regelmatig en systematisch contact vereist met (organisaties van) zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten/cliënten. Daarvoor worden conferenties, publicaties en bilaterale overleggen georganiseerd.

### **c. Doelmatigheid van zorg**

#### **Beleids effecten**

Besluiten over het invoeren van nieuwe technologie willen we zo veel mogelijk nemen op basis van kennis over de (kosten)effectiviteit van de technologie waar het om gaat. Ook voor zorgaanbieders en verzekeraars is deze kennis relevant, bijvoorbeeld voor aanschafbesluiten of contracteerbeleid. Als deze kennis wordt toegepast, is het mogelijk meer en betere zorg te leveren zonder dat de kosten exploderen. De Gezondheidsraad wordt in 2004 gevraagd om te adviseren over vroegtijdige signalering (early warning) van nieuwe technologieën die mogelijk impact hebben op de doelmatigheid van de behandeling of op de macro-kosten.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

###### *Subsidies*

Met het programma Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw wordt doelmatigheidsonderzoek geïnitieerd en gecoördineerd. Nieuwe onderdelen van dit programma zijn deelprogramma's die gericht zijn op innovaties en op implementatie van vernieuwingen in de zorg. Een deel heeft goedkeuring om in 2003 te starten, de rest van deze programma's gaat in 2004 van start. De uitkomsten van het onderzoek zullen gebruikt worden bij verdere beleidsontwikkeling.

###### *Wet- en regelgeving*

Met de WBMV beschikt de overheid over een instrument waarmee ontwikkelingen rond technologie en bijzondere medische verrichtingen kunnen worden gestuurd. Uitgangspunt is zelfregulering: de WBMV wordt alleen toegepast als het noodzakelijk is. Voor de diverse verrichtingen die nu onder de WBMV vallen, worden in 2004 de mogelijkheden voor deregulering onderzocht. Voor de interventies aan het hart verwachten wij in 2004 een advies van de Gezondheidsraad en van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). De WBMV regelt zo veel mogelijk op hoofdlijnen. Het is de bedoeling dat de partijen in het veld zelf via afstemming en taakverdeling tot kwaliteitsborging en transparantie komen.

### **30.2.2 Een moderne beroepenstructuur en een evenwichtige capaciteit aan zorgverleners**

#### **Beleids effecten**

– Meer zorgverleners en taakherschikking

Om de personeelstekorten in de zorg op te heffen, de wachttijden bij ziekten met levensbedreigende risico's terug te dringen en om het beleid van vraaggestuurde zorg gestalte te kunnen geven, willen we de capaciteit van medische opleidingen verruimen. Naast artsen zijn daartoe ook andere beroepskrachten nodig, zoals verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en zorgverleners in medisch ondersteunende functies. Niet voor alle vervolgoopleidingen zullen voldoende gegadigden zijn om in te stromen. Alleen meer opleiden zal vooral bij (tand)artsen de nood op korte termijn niet verlichten. Daarom zetten wij ons in voor taakherschikking tussen de verschillende beroepsgroepen en maken we gebruik van nieuwe beroepen zoals de «physician assistant». In juli 2003 ontvingen we van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (commissie-LeGrand) een plan van

aanpak om medische opleidingen opnieuw op te zetten, aan te sturen en te financieren, en om de taakherschikking in de zorg verder te implementeren. Een stuurgroep, zoals de commissie adviseert in te stellen, kan behulpzaam zijn wanneer de sturing en de verantwoordelijkheden geleidelijk worden overgedragen aan de relevante veldpartijen.

– Nieuwe bekostigingssystematiek van opleidingen

De huidige bekostigings- en financieringssysteematiek voor opleidingen in de zorgsectoren bevat onvoldoende prikkels voor zorginstellingen om op te leiden. Een nieuwe transparante systematiek die dat wel stimuleert is geboden. In de huidige instellingsbudgetten zitten opleidingsmiddelen, terwijl niet alle instellingen navenant opleiden. De nieuwe systematiek moet dit «free rider-gedrag» voorkomen. Ook het advies van de commissie-LeGrand wordt hierbij betrokken.

– Moderniseren van de opleidingen in de zorg

De medische opleidingen moeten worden gemoderniseerd om beter aan te sluiten op de beroepsuitoefening. We willen volwaardig opgeleide algemene specialisten krijgen, die eerder dan nu volledig inzetbaar zijn en die zich later (als ze dat willen) verder kunnen specialiseren. Over de fasering van de vernieuwing van het opleidingscontinuüm geeft de commissie-LeGrand aanbevelingen. In het verlengde van eerdere projecten voor verpleegkundige vervolgoopleidingen doet de commissie ook suggesties voor het verpleegkundige opleidingscontinuüm. De Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) zal voor de uitwerking in 2004 voorstellen doen.

– Professionalisering van verplegende en verzorgende beroepen

Wij zien de verpleegkundigen en verzorgenden als kernberoepen in de zorg. Wij willen dan ook hun beroepsuitoefening meer op wetenschappelijke leest schoeien, hun kwaliteitsbeleid bevorderen en meer afstemming en samenhang tussen de opleidingen en de beroepsuitoefening verkrijgen. Tevens willen we het imago van hun beroep verbeteren om de aantrekkelijkheid daarvan te vergroten.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Het opleiden in de zorg is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de partijen in het veld. Wij zijn systeemverantwoordelijk. De minister van OCenW gaat over de basisopleidingen (uitgezonderd de opleiding tot verloskundige) zoals die tot basisarts en over de initiële opleidingen voor middelbaar en hoger beroepsonderwijs, variërend van verzorgenden en verpleegkundigen tot paramedici. Wij zijn verantwoordelijk voor het systeem van vervolgoopleidingen zoals die tot huisarts of medisch specialist. Op grond van de Wet BIG zijn wij verantwoordelijk voor de beroepsvereisten die worden gesteld aan de beroepsbeoefenaren.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies*

– Opleiding verloskunde

Op basis van eerdere ramingen is de opleidingscapaciteit voor het studiejaar 2003–2004 geraamd op 220 nieuwe eerstejaarsstudenten. Het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) zal in 2004 een nieuwe raming opstellen.

**Tabel 30.2: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen**

Prestatie-indicator	2002–2003 Realisatie	2003–2004 Raming	2004–2008 Raming
Eerstejaars verloskundige studenten	240	220	220

Bron: opleidingsinstellingen (2003)

– Huisartsopleiding

De geplande uitbreiding van de opleidingscapaciteit loopt op tot 670 in 2004.

**Tabel 30.3: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor huisartsen**

Prestatie-indicatoren	2002 Realisatie	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming
Eerstejaars haio's*	466	585	670	670	670	670	670

Bron: SBOH (2003)

\* haio = huisarts in opleiding

– Taakherschikking

Wij bekostigen de ontwikkeling van een landelijke standaard voor de opleiding tot «physician assistant» (PA) bij de hogescholen van Utrecht en Arnhem/Nijmegen en stimuleren de start van opleidingen voor nieuwe beroepen in de zorg zoals die tot «physician assistant» (PA), «nurse practitioner» (NP) en mondzorgkundige.

De effecten van de inzet van PA's en NP's in de huisartsenpraktijk laten wij evalueren. Ook ondersteunen wij veldinitiatieven tot taakherschikking en multiprofessionele samenwerking in zogenoemde zorgclusters. Zo ondersteunen wij het Landelijk Netwerk Oogzorg.

Om de aanbevelingen uit het project Medisch Opleidingscontinuüm («De arts van straks») uit te voeren, zijn experimenten en projecten gestart. Ook ondersteunen wij de Algemene Vergadering voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) als spreekbuis en aanspreekpunt voor de verpleegkundigen en verzorgenden van Nederland.

– Professionalisering

Voor de beoogde professionalisering van verplegende en verzorgende beroepen ondersteunen wij in 2004 diverse daarop gerichte projecten van het Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging en Verzorging.

– Medische tuchtcolleges

Wij subsidiëren de personele en materiële voorzieningen van de Medische Tuchtcolleges. Ons voornemen is om het beheer van de medische tuchtcolleges onder te brengen bij de rechtbanken, onder het centraal beheer van de Raad voor de Rechtspraak.

*Wet- en regelgeving*

Naar aanleiding van de evaluatie van de Wet BIG zullen wij in 2004 voorstellen doen voor aanpassing van deze wet.

### *Bijdrage aan agentschap CIBG*

Het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) voert op dit beleidsterrein drie taken uit. Ten eerste registreert het CIBG in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) alle beroepsbeoefenaren in het BIG-register. Ten tweede behandelt het CIBG de aanvragen van houders van buitenlandse diploma's om hun beroep in Nederland uit te mogen oefenen (vakbekwaamheidsverklaringen). En ten derde wijst het CIBG beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma de weg binnen de wet en regelgeving (verwijspunt).

### **Premiegerelateerde instrumenten**

– Agio's (= assistent-geneeskundigen in opleiding)

De ramingen van het Capaciteitsorgaan, het orgaan dat jaarlijks de capaciteit raamt voor de medische en tandheelkundige (vervolg) opleidingen, zullen binnen de financiële mogelijkheden leidend zijn voor de omvang van de totale opleidingscapaciteit. Om binnen de financiële mogelijkheden te blijven streven wij ernaar met veldpartijen taakherschikking op het terrein van de medisch specialistische zorg maximaal te bevorderen. Daartoe zullen wij het Capaciteitsorgaan verzoeken meer onderbouwd te ramen. Ook zullen wij bevorderen dat bij enkele specialisten de huidige opleidingscapaciteit wordt afgebouwd waar dat volgens het Capaciteitsorgaan mogelijk is vanuit het perspectief van evenwicht in vraag en aanbod in 2012.

**Tabel 30.4: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor agio's**

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

Bron: Capaciteitsorgaan/MSRC (2003)

### **30.2.3 Het bevorderen van ethisch verantwoord handelen in de gezondheidszorg en bij medisch wetenschappelijk onderzoek**

#### **Beleidseffecten**

De activiteiten van de overheid op het gebied van ethische vragen in de zorg bewegen zich op het raakvlak van medisch-technologische en maatschappelijke ontwikkelingen. Het gaat hier om processen die voortdurend in beweging zijn, en die ook deels moeilijk zijn te voorzien. Dit betekent een voortdurend spanningsveld met de normen en waarden die al bestaan. Als een bepaald doel wordt nagestreefd, bijvoorbeeld een nieuwe technologie, kunnen waarden niet altijd tegelijkertijd of in dezelfde mate gediend worden. Zo moet de vrijheid van medisch-wetenschappelijk onderzoek bijvoorbeeld beperkt worden als dat onderzoek de menselijke waardigheid aantast. De nieuwe toepassing moet ook veilig zijn. Er moet daarom een afweging plaatsvinden waarbij beoordeeld wordt welk gewicht in een concrete situatie aan de verschillende in het geding zijnde waarden wordt toegekend. Soms is zelfregulering daarvoor voldoende. Formele regelgeving is sterk geïndiceerd wanneer fundamentele waarden met betrekking tot leven en dood bedreigd worden of wanneer over de afweging van waarden geen consensus bestaat, als duidelijkheid gewenst



is en ontbreken van regelgeving tot ongewenste gevolgen kan leiden. In die gevallen komt de rechtsorde in gevaar. De wet stelt dan de norm om de waarden die in het geding zijn, te beschermen.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

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

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Agenda «Ethiek en gezondheid»*

De agenda «Ethiek en gezondheid» is dit jaar voor het eerst mede gebaseerd op het signaleringsrapport van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Dit centrum is in mei 2003 officieel van start gegaan en wordt vormgegeven door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Gezondheidsraad samen. Belangrijkste overweging om het centrum op te richten is het belang om tijdig op de hoogte te zijn van nieuwe ontwikkelingen met mogelijk discutabele (bij)effecten, zodat er voldoende tijd en gelegenheid is om in overleg met betrokkenen politiek adequaat te reageren. Het centrum heeft daarom als belangrijkste taak (internationale) ontwikkelingen met medisch-ethische aspecten te signaleren en deze aan ons te rapporteren.

##### *Subsidies*

- Wij zijn medefinancier van het NWO-programma «Ethiek, onderzoek en bestuur». Binnen dit programma is een thema «Ethiek van zorg en gezondheid» opgenomen.
- Wij ondersteunen opzet en exploitatie van het ERFO-centrum voor voorlichting, informatie en documentatie van erfelijke en/of aangeboren aandoeningen voor de jaren 2004 en 2005. Na 2006 dient de financiering van het centrum uit andere bronnen dan VWS te komen (zie ook de agenda «Ethiek en gezondheid»).
- Er is subsidie voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen om de Wet klachtrecht cliënten zorgsector uit te voeren.
- Ook de Stichting Donorgegevens ondersteunen wij door middel van een subsidie.

##### *Wet- en regelgeving*

Het afgelopen decennium is veel medisch-ethische wetgeving tot stand gebracht. Voor de toekomst is een zorgvuldige monitoring van deze wetgeving van belang. De komende regeerperiode zullen de Embryowet en de Wet afbreking zwangerschap (WAZ) worden geëvalueerd. De evaluatie van de WAZ zal in 2004 starten.

Tevens participeren wij in internationale organen en zetten we de instrumenten communicatie en voorlichting in om onze beleidsdoelstellingen te ondersteunen.

### **30.2.4 Een sterke positie van de zorggebruiker**

De doelstelling wordt bereikt door het verbeteren van de rechtspositie, informatievoorziening en onderhandelingsmacht.

## **a. Rechtspositie**

### **Beleideffecten**

Patiënten moeten hun recht op verantwoorde zorg in de praktijk kunnen realiseren. Met een sterke rechtspositie moeten zowel de individuele als de georganiseerde zorggebruikers kunnen afdwingen dat hun rechten worden gerespecteerd. Het gaat dan vooral om een betere werking in de praktijk van de zogenoemde patiëntenwetten: de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).

We willen bereiken dat:

- De zorgverleners op de hoogte zijn van de rechten van patiënten.
- De zorggebruikers hun rechten kennen.
- De zorgverleners de rechten van patiënten in de dagelijkse zorgpraktijk respecteren.
- Er een goede structuur is voor de opvang en behandeling van klachten.
- De zorggebruikers die gebruik hebben gemaakt van hun rechten hierover tevreden zijn.

Evaluatieonderzoek van de patiëntenwetten zal op termijn moeten uitwijzen of deze beleideffecten zijn bereikt.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Partijen in het veld zijn verantwoordelijk voor een goede implementatie van de patiëntenwetten. Het is onze verantwoordelijkheid om de partijen in het veld hierop aan te spreken en de gewenste ontwikkeling in gang te zetten.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

#### *Overleg en subsidies*

Samen met de betrokken veldpartijen worden activiteiten ontwikkeld en afspraken gemaakt die er speciaal op gericht zijn praktische knelpunten weg te nemen en instrumenten te ontwikkelen om de werking in de praktijk van de verschillende wetten te verbeteren. Activiteiten voor de implementatie van de WGBO en de WKCZ worden in 2004 afgerond, activiteiten voor de implementatie van de WMCZ worden in 2006 afgerond.

## **b. Informatievoorziening voor patiënten/consumenten**

### **Beleideffecten**

Als het nieuwe stelsel in 2006 in werking treedt, moeten zorggebruikers de prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen vergelijken. Alleen dan kunnen zij goede keuzes maken. Die informatie moet actueel, toegankelijk en betrouwbaar zijn en beschikbaar zijn via diverse media: internet, telefoon en fysieke loketten. Om dat te bereiken moeten er in 2004 al flinke stappen worden gezet. Er moet worden besloten wie structureel gaat meten en vergelijken, wie zorgt voor de publicatie van de gegevens en wie dit gaat bekostigen.

Goed geïnformeerde zorggebruikers zijn beter in staat om te kiezen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De voor zorggebruikers openbare en

toegankelijke vergelijkende informatie versterkt de positie van de zorggebruikers en levert een bijdrage aan de totstandkoming van betere marktwerking in de zorgsector.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn ervoor verantwoordelijk dat de informatie voor de zorggebruikers beschikbaar komt. Wij spreken partijen (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) aan op hun verantwoordelijkheid om adequate informatie aan te leveren.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Subsidies/aanbestedingen*

- Voor de beoordeling van de prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden in samenwerking met ZonMw prestatie-indicatoren ontwikkeld. Het gaat hierbij concreet om:
  - Prestatie-indicatoren over zorgverzekeraars.
  - Prestatie-indicatoren over zorgaanbieders.
- Het project Company Report Card leidt in 2004 tot vergelijkende informatie over de dienstverlening van een aantal zorgverzekeraars. Het gaat om informatie waarvan verzekerden in een vooronderzoek hebben aangegeven deze van belang te vinden. Er wordt nader onderzoek gedaan naar het feitelijke gebruik van de informatie.
- Er wordt in projecten gewerkt aan het meten van het oordeel van de patiënt over de zorg (die door de verzekeraar is ingekocht). Eind 2004 moet het meetinstrument gereed zijn en in de praktijk gevalideerd. Tevens moet een beeld bestaan van de toepasbaarheid.
- In samenwerking met het veld bezien wij de mogelijkheden om de informatievoorziening te verbeteren (portalorganisatie). Idee is op een samenhangende wijze vraaggerichte en vergelijkende informatie via internet, telefoon en fysieke loketten te ontsluiten. Hiertoe worden o.a. bestaande subsidies voor voorlichting via internet, telefoon en fysieke loketten gebundeld en geherstructureerd. Een kwartiermaker bereidt in de eerste helft van 2004 een openbare aanbesteding voor. Het streven is de portalorganisatie in 2004 te starten en 1 januari 2006 operationeel te laten zijn.

##### *Convenanten*

In 2004 worden met de betrokken partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, kwaliteitstoetsingsorganisaties, zorggebruikerorganisaties) afspraken in een convenant vastgelegd over:

- De structurele meting van de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.
- De structurele meting van de patiënttevredenheid.
- Het structureel aanleveren door zorgaanbieders en zorgverzekeraars van vraaggerichte informatie over het aanbod. De resultaten van het project Company Report Card (vergelijkende informatie over de dienstverlening van verzekeraars) worden gebruikt voor het informatieconvenant met zorgverzekeraars. Aangesloten wordt bij bestaande initiatieven van benchmarks en prestatie-indicatoren in de diverse sectoren.
- De wijze waarop meetresultaten en de informatie over het aanbod verwerkt worden in openbare vergelijkende informatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

### **c. Onderhandelingsmacht**

#### **Beleidseffecten**

De doelstelling van het beleid is dat zorggebruikers succesvol onderhandelen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over (de kwaliteit van) hun aanbod. Dit zullen ze doorgaans in georganiseerd verband doen.

Dergelijke organisaties moeten wel representatief zijn voor hun achterban, een transparante structuur hebben, kunnen spreken met deskundigheid en (dus) gezag hebben.

Wij willen bereiken dat:

- Zorggebruikers invloed hebben op het beleid van verzekeraars.
- Zorggebruikers (onder meer via hun verzekeraar) invloed hebben op het beleid van zorgaanbieders.

Dit moet bijdragen aan een gevarieerd aanbod, keuzemogelijkheden, voldoende kwaliteit vanuit patiëntenperspectief en voldoende capaciteit. Het Fonds PGO monitort de ontwikkelingen bij patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties. In de planning- en controlcyclus voor het Fonds PGO sturen wij aan op informatie over hoe organisaties van patiënten, ouderen en gehandicapten functioneren en wat het effect daarvan is. Dit moet informatie opleveren over het bereiken van de gewenste beleids-effecten.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn verantwoordelijk voor het creëren van randvoorwaarden zodat zorggebruikers succesvol kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de (kwaliteit van) hun aanbod.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

##### *Wet- en regelgeving*

- Wij willen de ZBO-status van het Fonds PGO formaliseren. Volgens planning is dat in 2004 gerealiseerd.
- In 2004 willen we in samenspraak met het veld, een visie ontwikkelen op de financiering van zorggebruikerorganisaties (waaronder de RPCP's en de IKG's), mede in het licht van het rapport Ritme in de Regio (Advies voor de inrichting van RPCP's) van 28 juni 2002. Hierbij bezien we de mogelijkheden van bottom up-financiering, met als doel meer zeggenschap voor de leden.

##### *Bijdragen aan ZBO's*

Wij financieren de kosten van het Fonds PGO. Het Fonds PGO subsidieert met dit geld patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (exploitatie- en projectsubsidies). Het Fonds PGO stuurt in de subsidievoorwaarden aan op zorggebruikersorganisaties die goed zijn georganiseerd, representatief zijn voor hun achterban, een transparante structuur hebben en die deskundig zijn. We sturen het Fonds PGO aan in het kader van de planning- en controlcyclus.

In 2004 beschikt het Fonds PGO over budget voor de Regionale Patiënten en Consumenten Platforms (RPCP's) in het kader van de modernisering van de curatieve zorg en modernisering van de zorg in de verpleging en verzorging.

### **30.2.5 Minder regels en administratieve lasten**

#### **Beleidseffect**

In lijn met het kabinetsbrede beleid om de administratieve lasten voor bedrijven en burgers in het algemeen te verminderen is de ambitie om in deze kabinetsperiode een reductie van 25% ten opzichte van ultimo 2002 te komen. De financiële taakstelling die is ingeboekt naar aanleiding van commissie «Terugdringing administratieve lasten zorgsector» (commissie De Beer) bedraagt thans €113 miljoen.

Vermindering van regeldruk en administratieve last draagt bij aan doelmatiger, transparanter functioneren van voorzieningen. Dit komt ten goede aan zowel het personeel op deze terreinen als (meer indirect) aan de burgers.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Aanpak van administratieve lasten die voortvloeien uit wet- en (rijks-) regelgeving is onze verantwoordelijkheid. Het verminderen van overbodige bureaucratie die niet van rijkswege wordt veroorzaakt is een opgave waarvoor instellingen en instanties in de diverse beleidssectoren zelf verantwoordelijk zijn.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Begrotingsgerelateerde instrumenten**

- Uitvoering van het plan «Minder regels, meer zorg»

Voor de vijf belangrijkste wetten op het terrein van de zorg (Ziekenfondswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet Toezicht Zorginstellingen, Wet Tarieven Gezondheidszorg en Wet Ziekenhuisvoorzieningen) is op basis van het rapport van de gemengde Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector («Commissie De Beer») een uitvoeringsplan vastgesteld («Minder regels, meer zorg») dat in de komende jaren verdere resultaten moet gaan opleveren. Stroomlijning van jaarverslaglegging maakt deel uit van dit pakket.

- Versnelde aanpak overige wet- en regelgeving

De overige wetgeving op het VWS-terrein (circa 30 wetten en circa 120 ministeriële regelingen) wordt versneld doorgelicht zodat eind 2003 een meer precies beeld bestaat van de daarmee gemoeide administratieve lasten. Vervolgens zullen reductievoorstellen worden ontwikkeld en prioriteiten worden bepaald m.b.t. de aanpak: wat het meest oplevert wordt bij voorrang aangepakt.

- Aanpak nieuwe wet- en regelgeving

Nieuwe wet- en regelgeving wordt systematisch op administratieve lasten getoetst zowel intern als extern (ACTAL-toets). In samenhang met bovenstaande analyse zullen de speerpunten nader worden bepaald.

- Aanpak informatievoorziening

(a) Standaardisatie (inhoudelijke – zoals «minimale datasets» op de onderscheiden zorgterreinen onder meer t.b.v. prestatievergelijking – en technische standaarden), (b) unieke identificatie (van zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars), (c) efficiënt gegevensbeheer en (d) regeling van verantwoordelijkheden voor het vaststellen van standaarden, toegang tot gegevens en toepassing van systemen, zijn voorwaarden om vermindering van administratieve lasten te realiseren zonder verlies aan informatie enerzijds en verbetering van de kwaliteit van informatie

anderzijds. In het kader van het informatie- en ICT-beleid zijn/worden op de vervulling van die voorwaarden toegesneden instrumenten ontwikkeld.

– Investeringsplan

Om de geraamde besparingen te kunnen behalen en noodzakelijke voorzieningen te kunnen treffen zijn investeringen nodig. Daartoe wordt een (ICT-) investeringsplan opgesteld. Hiervoor is € 42 miljoen gereserveerd.

– Overleg, voorlichting en communicatie

Samen met partijen in het zorgveld en mogelijk ook op ander terreinen wordt verkend hoe «best practices» (betere werkorganisatie, meer «rendement») sneller uitgewisseld en «geoogst» kunnen worden.

### 30.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>152 529</b>	<b>195 130</b>	<b>166 085</b>	<b>167 527</b>	<b>173 276</b>	<b>184 776</b>	<b>184 777</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>162 395</b>	<b>184 346</b>	<b>189 376</b>	<b>190 882</b>	<b>193 067</b>	<b>184 776</b>	<b>184 777</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>157 847</b>	<b>179 735</b>	<b>184 972</b>	<b>186 693</b>	<b>188 980</b>	<b>180 689</b>	<b>180 690</b>
Vernieuwingen in de zorg	28 524	18 542	12 588	10 937	10 854	5 045	5 045
Modernisering beroepenstructuur <i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>	101 053	124 572	139 488	144 045	146 513	146 506	146 507
			1 296	1 296	1 296	1 296	1 296
Ethisch verantwoord handelen	2 972	1 785	985	960	960	960	960
Sterke positie zorggebruiker <i>waarvan bijdragen aan ZBO's</i>	25 104	34 764	31 839	30 679	30 581	28 106	28 106
	1 341	1 775	1 775	1 775	1 775	1 775	1 775
Minder regels en administratieve lasten	194	72	72	72	72	72	72
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>4 548</b>	<b>4 611</b>	<b>4 404</b>	<b>4 189</b>	<b>4 087</b>	<b>4 087</b>	<b>4 087</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>2 210</b>	<b>3 292</b>	<b>1 083</b>	<b>1 083</b>	<b>1 083</b>	<b>1 083</b>	<b>1 083</b>

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004		2005		2006		2007		2008	
1. Totaal geraamde kasuitgaven	189 376		190 882		193 067		184 776		184 777	
2. Waarvan apparaatsuitgaven	4 404		4 189		4 087		4 087		4 087	
3. Dus programma-uitgaven	184 972		186 693		188 980		180 689		180 690	
Waarvan op 1 januari 2004										
4. Juridisch verplicht	90%	167 340	90%	167 318	88%	166 798	90%	163 000	90%	163 250
5. Bestuurlijk gebonden	8%	13 885	9%	16 574	9%	16 851	4%	6 446	3%	6 181
6. Beleidsmatig gereserveerd	2%	3 747	2%	2 801	3%	5 331	6%	11 243	6%	11 259
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
8. Totaal	100%	184 972	100%	186 693	100%	188 980	100%	180 689	100%	180 690

De uitgaven voor beroepen en opleidingen vormen het grootste gedeelte van het juridisch verplichte budget. Daarnaast zijn er nog verplichtingen ten aanzien van de medische tuchtcolleges en evaluaties van wetten. Ook de uitgaven aan het Fonds PGO zijn onder de juridische verplichtingen geplaatst. Onder de post bestuurlijk gebonden zijn de grootste posten NICTIZ, het agentschap CIBG en de geschillencommissie ziekenhuizen. In

de categorie «beleidsmatig gereserveerd» zijn de voornaamste posten de opleiding van vluchtelingenartsen, het ERFO-centrum en een aantal projecten verband houdend met modernisering van de beroepenstructuur.

### 30.4 VBTB-paragraaf

Informatie over de kwaliteit van functioneren, producten en prestaties in de zorg is van belang voor alle betrokken partijen. Voor VWS zijn deze gegevens van belang omdat ze kunnen worden benut in het kader van beleids- en verantwoordingsinformatie.

Het ontwikkelen en invullen van een Nederlands macro raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg heeft voor VWS prioriteit. Het raamwerk van prestatie-indicatoren gaat op systeemniveau het noodzakelijke integrale inzicht geven in de verwachte en onverwachte prestaties van het gezondheidszorgsysteem. Het raamwerk bestaat twee onderdelen: het Lalonde model waarin volksgezondheidsinformatie wordt gegenereerd en de Balanced Scorecard waarin managementinformatie centraal staat. Het Lalonde model geeft informatie over omgevingsfactoren, leefstijl, genetische opmaak. De Balanced Scorecard bestaat uit 4 onderdelen. Een onderdeel dat consumenteninformatie centraal stelt, een onderdeel dat in gaat op de financiële ontwikkelingen, een onderdeel dat de bedrijfsvoering behandelt en tenslotte een onderdeel over het innovatievermogen van de zorg. De confrontatie van het Lalonde model en de Balanced Scorecard geeft inzicht in de prestaties van de zorg als geheel.

Het raamwerk is een belangrijk instrument ter ondersteuning van onze bestuurlijke verantwoordelijkheid voor een samenhangend systeem van gezondheidszorg. Door het raamwerk worden meer gebalanceerde mogelijkheden gecreëerd om de zorg te monitoren en aan te sturen. Om naar een efficiënte invulling van de gedefinieerde indicatoren toe te groeien, wordt daarbij zo veel mogelijk gebruikgemaakt van de bestaande informatie. Een deel van die informatie is verzameld en gestandaardiseerd in de brancherapporten over de VWS-beleidsterreinen. Deze brancherapporten zijn in november 2002 aan de Tweede Kamer aangeboden. Zij bieden een gestandaardiseerd basisoverzicht van de stand van zaken en ontwikkelingen in de VWS-sectoren en geven daarmee inzicht in de prestaties van de sectoren. In mei 2004 zal een volgende versie verschijnen van de brancherapporten en worden de indicatoren gedigitaliseerd. De digitale informatieverzameling wordt gestandaardiseerd en door datadeskundigen getoetst op kwaliteit en betrouwbaarheid. Deze digitale informatieverzameling voor de brancherapporten ondersteunt een transparante beleid- en budgetcyclus van VWS. Deze informatieverzameling wordt in de komende jaren verder aangesloten op de ontwikkeling van het raamwerk (de sectorspecifieke informatie wordt doorvertaald naar de overkoepelende macro-informatie) en de minimale dataset gezondheidszorg die de indicatoren vanuit het primaire proces moet gaan bevatten.

Gegevens verzamelen, analyseren, toegankelijk en vergelijkbaar maken kan nog veel meer dan nu worden ondersteund door ICT-middelen. Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) vervult een belangrijke rol als het erom gaat een betere informatievoorziening met ICT tot stand te brengen, rondom en voor de patiënt, met als doel de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verder te verhogen. Daartoe wordt onder meer gewerkt aan een landelijk medicatiedossier en het – verkrijgen van gegevens over – gebruik van ZIN en UZI, het gebruik van de norm voor

informatiebeveiliging, en het gebruik van het EPD als kwaliteitsregistratie. In het verlengde van de Technologie Diffusie Monitor zal worden nagegaan of er mogelijkheden zijn om het aanbod aan innovatie te meten.

In de volgende begroting zal meer informatie worden opgenomen over vergelijkende informatie over zorgaanbieders en zorgverzekeraars die voor zorggebruikers beschikbaar is, bijvoorbeeld het percentage zorgaanbieders per sector en het percentage zorgverzekeraars waarover vergelijkende informatie beschikbaar is.

**Tabel. 30.5: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie Embryowet	2004
Evaluatie Wet Afbreking Zwangerschap	2004
Evaluatie programmatische activiteiten, informatiebeleid en administratieve lastenvermindering	2007



## BELEIDSARTIKEL 31: ZORGVERZEKERINGEN

### 31.1 Algemene beleidsdoelstelling

**Iedere ingezetene van Nederland heeft een zorgverzekering tegen een redelijke prijs, die zo wordt uitgevoerd dat de verzekerde de zorg krijgt die nodig is en de kosten beheersbaar zijn.**

Nederland heeft een stelsel van sociale en particuliere zorgverzekeringen. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een sociale verzekering. De AWBZ verzekert de kosten voor langdurige zorg, zoals de verpleging en verzorging voor gehandicapten en ouderen voor iedere ingezetene van Nederland. Voor de kortdurende curatieve zorg kennen we drie soorten verzekeringen: de ziekenfondsverzekering, de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren en de particuliere ziektekostenverzekering. Ruim 60% van de bevolking is verzekerd op grond van de Ziekenfondswet (ZFW), net als de AWBZ een sociale verzekering. In totaal zijn ruim 10 miljoen mensen ziekenfondsverzekerd. Ongeveer 8% van de Nederlanders is verzekerd op grond van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren en de resterende 32% is particulier verzekerd.

De AWBZ en ZFW regelen wie verzekerd is, waar de verzekerde wettelijk recht op heeft (wettelijke zorgaanspraken), welke premies moeten worden betaald, hoe de financiering van de verzekeringen in elkaar zit en hoe de verzekeringen moeten worden uitgevoerd.

Over de particuliere zorgverzekeringen heeft de overheid niets te zeggen. De particuliere verzekeraars bepalen zelf de hoogte van de premie en het vergoedingenpakket. Particuliere verzekeraars kennen geen acceptatieplicht: ze hoeven niet iedereen als verzekerde aan te nemen. Wel moeten particuliere verzekeraars wettelijk bepaalde kwetsbare groepen een standaardpakketpolis tegen een maximumpremie aanbieden, op basis van de Wet toegang ziektekostenverzekeringen (WTZ).

Naast de verzekeringswetgeving reguleren twee wetten het aanbod van zorg. De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) regelt de bouw van en investeringen in intramurale zorginstellingen met een vergunningenstelsel en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) heeft regels om de budgetten van zorginstellingen, de prijzen van zorgproducten en de (norm)inkomens van vrije beroepsbeoefenaren in de zorg vast te stellen.

Het kabinetsbeleid richt zich op de overgang naar een systeem waarin niet het aanbod aan zorg, maar de vraag van verzekerden en patiënten centraal staat. De wetten voor de zorgverzekeringen, voor de tarieven en prijzen en voor de planning en bouw van zorginstellingen worden daarom aangepast of vervangen. Essentieel is dat tijdens deze verandering van aanbod- naar vraagsturing de zorgverzekering goed uitgevoerd blijft. Dit vraagt een dubbele inspanning: de bestaande wetten en regels onderhouden én nieuwe instrumenten ontwikkelen en uitvoeren. Bij deze geleidelijke omvorming moet voortdurend worden gelet op het beheersen van de totale – voor de verzekering benodigde – uitgaven.

#### **Premiemaatregelen**

Het kabinet heeft bij het aantreden voor de zorg een bezuiniging vastgesteld van € 1 miljard aan pakketmaatregelen. Daarnaast zijn extra bezuinigingen noodzakelijk, ondermeer ter facilitering van voorziene extra productie. Op dit beleidsartikel worden in de sfeer van de premie-uitgaven de volgende specifieke maatregelen genomen:

Tabel 31.1: Premie maatregelen (bedragen x € 1 000 000)				
Maatregel	2004	2005	2006	2007
Premiesubsidies; 10% korting op een aantal subsidies	0,3			

Naast de korting op de premiesubsidies wordt het onderzoeksbudget van het CVZ met 30% gekort. Deze taakstelling van € 4,7 miljoen is in afwachting van een verdelvoorstel van het CVZ geboekt op de aanvullende post (op artikel 99). Waar in de begroting onderzoeken door het CVZ worden genoemd, is uitvoering van die onderzoeken afhankelijk van de invulling van de betreffende taakstelling.

De algemene doelstelling op het gebied van zorgverzekeringen is uitgewerkt in drie operationele doelstellingen. Deze doelstellingen hebben achtereenvolgens betrekking op: de verzekering, de betaalbaarheid van de verzekering en de uitvoering ervan. Per doelstelling wordt omschreven welke effecten we nastreven, hoe we die meten en welke instrumenten we inzetten om deze doelstelling te realiseren. Meestal gaat het om het opstellen van wetten en regels. Als instrumenten niet uit de rijksbegroting maar uit premies betaald worden, is dit aangegeven.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Voor alle operationele doelstellingen geldt dat de overheid verantwoordelijk is voor een goed functionerend zorgstelsel, dus voor het systeem. De zorgverzekeraars moeten er – via de financiering en zorginkoop – voor zorgen dat hun verzekerden doelmatig en klantgericht toegang hebben tot de zorg. De verantwoordelijkheid voor een kwalitatief goede zorgverlening berust bij de zorginstellingen en beroepsbeoefenaren die direct met de patiënt te maken hebben.

## **31.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

### **31.2.1 Er is een zorgverzekering voor iedere ingezetene van Nederland die, gegeven het wettelijk pakket, tegemoet komt aan de vraag van verzekerden**

#### **Beleidseffecten**

De overheid moet de publieke belangen van de zorg veiligstellen, zodat alle ingezetenen toegang hebben tot noodzakelijke zorg van goede kwaliteit, ongeacht hun leeftijd, gezondheidstoestand of inkomenspositie. Hiervoor is in de eerste plaats nodig dat iedereen zich kan verzekeren op een manier die past bij deze uitgangspunten van het beleid. In de tweede plaats moet het Nederlandse verzekeringsstelsel passen binnen de Europese regels.

Het streven is dat per 1 januari 2006 alle ingezetenen van Nederland verzekerd zijn voor de curatieve zorg met een standaard zorgverzekering. Deze standaard zorgverzekering is nodig voor een houdbaar stelsel waarin een collectieve verzekering van noodzakelijke zorg duurzaam kan worden gegarandeerd. Het onderscheid tussen de ziekenfondsverzekering, de publiekrechtelijke verzekeringen en de particuliere verzekering vervalt dan.

Tot januari 2006 richten we ons ook op een goede uitvoering van de

huidige ziekenfondsverzekering. We zien erop toe dat de particuliere verzekeraars verplicht blijven een standaardpakketpolis aan te bieden, zodat iedere Nederlander zich kan verzekeren tegen ziektekosten. Indicatoren voor de werking van de zorgverzekeringen in de praktijk komen uit het overleg met patiënten- en consumentenorganisaties. Daarnaast geeft de Monitor Verzekerden een indruk of het aantal onvrijwillig onverzekerden toe- of afneemt.

De beoogde nieuwe standaard zorgverzekering geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer mogelijkheden om te concurreren en om flexibel op de vraag van verzekerden en patiënten in te gaan. De centraal aanbod-gestuurde inrichting van de zorg wordt veranderd in een systeem van gereguleerde marktwerking met ruimte om decentraal aan te bieden en in te kopen naar behoefte.

De AWBZ heeft per 1 april 2003 de eerste stappen voor deze verandering al gezet. De aanspraken in de AWBZ zijn voortaan gebaseerd op functies en niet meer op producten. Zo heeft een verzekerde bijvoorbeeld recht op verpleging of begeleiding. Het gaat nu om de vraag van de patiënt en niet meer zozeer om het aanbod (voorheen had de verzekerde recht op verpleeghuiszorg of thuiszorg). Het zorgkantoor, de zorginstelling én de verzekerde maken samen uit of de aanspraak verpleging via de thuiszorg, verpleeghuis, verzorgingshuis of via het Persoonsgebonden budget (PGB) wordt geleverd. De volgende stap in 2004 is om de bekostiging hierop aan te passen. Daarmee willen we bereiken dat de bekostiging prikkels geeft voor een goede zorginkoop en zorglevering. Ook bij een gemoderniseerde AWBZ zal de houdbaarheid van de verzekering aandacht vragen. Een randvoorwaarde voor zowel Ziekenfondswet als AWBZ is dat het Nederlandse verzekeringsstelsel in overeenstemming is met het internationale recht. Goede graadmeters hiervoor zijn de uitspraken van het Hof van Justitie in Luxemburg.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

- Het wetsvoorstel voor de standaard zorgverzekering curatieve zorg wordt per 30 juni 2004 aangeboden aan de Tweede Kamer. Er komt een apart wetsvoorstel voor de invoeringswet en een voorstel voor een uitvoeringsregeling in 2005. Zodra de nieuwe zorgverzekering van kracht wordt, worden de WTZ en de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerde (Wet MOOZ) afgeschaft. De functie van de huidige bestuursorganen in de topstructuur wordt opnieuw bezien. Deze omvangrijke wetgevingsoperatie staat niet op zichzelf; er zullen ook veel werkzaamheden moeten worden verricht om daardoor noodzakelijk geworden aanpassingen te bewerkstelligen van EU-verordeningen (Europese Unie), internationale verdragen en internationale afrekeningsakkoorden.
- Het verzekerde pakket wordt met ingang van 2004 beperkt, zoals is afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord. De wet- en regelgeving wordt hierop aangepast.
- Bij de stelselherziening wordt in beginsel alle op genezing gerichte zorg van de AWBZ overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg. In 2004 starten de voorbereidende werkzaamheden hiervoor en worden voorbereidingen getroffen om de wet- en regelgeving aan te passen.
- Het groot project Modernisering AWBZ wordt uitgevoerd: de «aanbod-gestuurde» instrumenten worden omgezet in vraagsturing. Verder

worden functiegerichte aanspraken geïmplementeerd en wordt de eerste stap gezet in de richting van het invoeren van functiegerichte bekostiging (vanaf 1 januari 2004).

- Internationaal: De standaard zorgverzekering zodanig ontwerpen dat deze past binnen de uitgangspunten van de relevante Europese en internationale regelgeving.

De huidige wetgeving aanpassen aan het arrest Müller-Fauré/Van Riet door te omschrijven onder welke voorwaarden (extramurale) zorg in het buitenland vergoed wordt.

De EU-regio's subsidiëren om belemmeringen in het kader van grensoverschrijdende zorg weg te nemen. In 2004 worden bij projecten in de EU-regio's Rijn-Waal, Maas-Rijn en Gronau informatie, medische kennis en medisch personeel uitgewisseld.

### **31.2.2 De inzet van instrumenten leidt tot een redelijke prijs van de zorgverzekering**

Premiëmiddelen moeten doelmatig besteed worden om de noodzakelijke zorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden. Een beheerste kostenontwikkeling is daarom een publiek belang.

Deze operationele doelstelling komt in vier onderwerpen tot uitdrukking. In de eerste plaats willen we zorgverzekeraars meer ruimte geven. De zorgverzekeraars moeten daarbij financiële verantwoordelijkheden dragen. Dit bereiken we met de risicodragende financiering van zorgverzekeraars. In de tweede plaats zorgen eigen betalingen ervoor dat verzekerden rechtstreeks meebetalen aan de kosten van de zorg. De prijs van de zorgverzekering bestaat uit de opbrengsten aan premies en eigen betalingen. Om deze te beheersen, wordt in de derde en vierde plaats gestuurd op de prijs van de zorgverlening en op de exploitatie door verzekeraars en zorginstellingen.

Er zijn vooral indirecte indicatoren voor het antwoord op de vraag of er nog sprake is van een redelijke prijs van de zorgverzekering. Dit zijn bijvoorbeeld voorstellen om – uit financiële overwegingen – verstrekkingen uit het wettelijk pakket te halen en het aantal afgekeurde CTG-beleidsregels (College Tarieven Gezondheidszorg). Ook de kostenontwikkeling van de zorg in internationaal perspectief geeft een indruk van de doelbereiking. Om de prijsontwikkeling van de zorgverzekering goed te kunnen beoordelen, moet deze altijd samen gezien worden met het oordeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de kwaliteit van de zorg en het oordeel van het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) over inspanningen van verzekeraars op het gebied van kosten en kwaliteit.

#### **a. Risicodragende financiering verzekeraars**

##### **Beleideffecten**

Met de risicodragende financiering stimuleren we zorgverzekeraars om premiemiddelen doelmatig te gebruiken. Objectieve verschillen in kosten tussen ziekenfondsen als gevolg van verschillen in de kenmerken van hun verzekerden, worden in de financiering van de ziekenfondsen zo veel mogelijk geneutraliseerd (risicoverevening). Daardoor kunnen de ziekenfondsen concurreren op doelmatigheid. Dit financieringssysteem is een van de belangrijkste instrumenten voor de overheid om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Premiegerelateerde instrumenten**

- Jaarlijkse verbeteringen in het financieringssysteem, waardoor bestaande correctiemechanismen kunnen verdwijnen en de (beïnvloedbare) risico's van verzekeraars toenemen. Ook moet de financiering worden aangepast aan veranderingen in kosten van verzekeraars, bijvoorbeeld door tariefswijzigingen bij zorgverleners of de introductie van nieuwe behandelmethoden. Hierbij gaat het met name om het verdeelkenmerk «diagnose-kostengroepen» (DKG's), dat per 1 januari 2004 ingevoerd zal worden. Bepaalde diagnoses (bijvoorbeeld kanker of nierziekte) wijzen op chronisch dure verzekerden, waarmee verzekeraars worden gecompenseerd door DKG's. In 2004 onderzoekt de werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel de werking van de risico-dragende financiering. In september 2004 brengt de werkgroep dan advies uit over de budgetten voor 2005.
- Een belangrijk element bij de nieuwe standaard zorgverzekering is een sluitend systeem van risicoverevening. Het huidige vereveningssysteem voor de ziekenfondsen moet worden verbreed naar de particuliere verzekering. In 2004 doen we onderzoek naar de kostenverschillen tussen verschillende verzekeringswijzen (ziekenfonds of particulier). Vervolgens verwerken we de kostenverschillen zo goed mogelijk in het financieringssysteem van de standaard zorgverzekering.

## **b. Eigen risico Ziekenfondswet en eigen bijdragen AWBZ**

### **Beleids effecten**

Het beleid is gericht op een systeem van eigen betalingen waardoor verzekerden meer eigen verantwoordelijkheid dragen en onnodig gebruik van zorg wordt beperkt.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Premiegerelateerde instrumenten**

- Invoeren AWBZ-brede eigen bijdrage voor extramurale zorg in 2005.
- Invoeren eigen risico in de ziekenfondsverzekering in 2005. In 2004 wordt hiervoor een wetvoorstel aan de Tweede Kamer aangeboden.
- Zorgen voor een wettelijke regeling die eigen betalingen voor zorg als gevolg van arbeidsongevallen en beroepsziekten afdekt.

## **c. Prijs zorgverlening**

### **Beleids effecten**

We streven ernaar dat, gefaseerd vanaf 1 januari 2004, zorgaanbieders in de AWBZ en de curatieve zorg worden betaald op grond van geleverde prestaties. In de AWBZ zijn omschreven functies daarvoor de basis, voor de ziekenhuizen zijn dat de diagnose-behandelcombinaties (DBC's).

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### **Premiegerelateerde instrumenten**

- Eerste stap naar het invoeren van functiebekostiging in de AWBZ voor extramurale zorg vanaf 1 januari 2004.
- Tweede fase van de DBC's invoeren in de bekostiging van de curatieve zorg in 2004; definitief besluit hierover in het najaar 2003.

- De prijzen voor zorg sturen door goed- of afkeuring van beleidsregels van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en aanwijzingen aan het CTG.
- De aangepaste Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) invoeren per medio 2004 gericht op: mogelijkheid tot experimenteren, overgaan op prestatiebekostiging en terugdringen van administratieve lasten.
- Het overeenkomstenstelsel herzien per 1 januari 2004. Hierdoor zijn verzekeraars niet meer verplicht raamovereenkomsten te sluiten met organisaties van zorgaanbieders. De nadruk komt meer te liggen op decentrale overeenkomsten tussen verzekeraars en individuele aanbieders. Ook ontstaat in fasen de mogelijkheid voor verzekeraars om niet langer contracten af te sluiten met alle toegelaten zorginstellingen.

#### **d. Zorgaanbod/exploitatie instellingen**

##### **Beleidseffecten**

De kosten in de zorg werden lange tijd beheerst door plafonds te stellen aan de budgetten van instellingen. Hiermee werd ook het aanbod van de zorg gereguleerd (aan banden gelegd). Een negatief aspect hiervan was dat onvoldoende rekening werd gehouden met de stijging van de zorgvraag, waardoor er wachtlijsten ontstonden. Daarom willen we kostenbeheersing nu waar mogelijk realiseren door (gereguleerde) concurrentie. De belangrijkste doelen hierbij zijn:

- Een beheerste ontwikkeling van de uitgaven van de zorg verbonden aan de exploitatie van zorginstellingen (in internationaal perspectief).
- Opheffen van belemmeringen voor de toetreding van zorginstellingen tot de (gereguleerde) markt.
- Reguleren van zorginstellingen die functies vervullen waaraan vanwege de fysieke bereikbaarheid van de zorg een bijzonder belang is verbonden.
- De productiecapaciteit van instellingen wordt bepaald door bij de zorgverlening betrokken partijen (instellingen, verzekeraars, consumenten).
- Zorginstellingen zijn zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk voor huisvestingsbeslissingen en de daarmee gemoeide investeringen.
- Zorginstellingen hebben een deugdelijke bestuursstructuur en een transparante bedrijfsvoering.
- De markt van zorgverlening wordt uiterlijk per 1 januari 2006 gereguleerd door een marktregulator voor de zorg.

##### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Premiegerelateerde instrumenten**

- Het reeds bij het parlement ingediende voorstel voor de Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ) herzien. Door die herziening moet het mogelijk worden om per 1 juli 2004 van aanbodssturing gefaseerd over te stappen naar vraaggerichte sturing. Tegelijkertijd worden de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) ingetrokken. Ook vervallen op dat moment de bepalingen in de Ziekenfondswet en de AWBZ over de toelating van instellingen.
- Het nieuwe wetsvoorstel WEZ geeft straks een wettelijke basis om eisen te stellen aan de bestuursstructuur en ordelijke bedrijfsvoering van zorginstellingen. Hiermee worden de aanbevelingen van de commissie-Meurs over goed besturen (good governance) van zorginstellingen wettelijk verankerd.

- Per deelmarkt wordt bepaald of en in hoeverre de aanbodsturing wordt losgelaten. Voor elke deelmarkt worden de onvolkomenheden vastgesteld en wordt bekeken welke instrumenten nodig zijn om die weg te nemen. Het behartigen van de publieke belangen van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid staat hierbij voorop. In 2003 zijn de eerste stappen gezet om een marktregulator in te stellen. Deze zorgautoriteit moet onder andere instrumenten ontwikkelen en toepassen die aanzetten tot efficiënt gedrag en de marktverhoudingen in de zorg bevorderen. Daartoe wordt een passend instrumentarium ontwikkeld voor die sectoren die (nog) niet aan de markt kunnen worden overgelaten. In 2004 start de opbouw van de zorgautoriteit. Na wetswijziging zal het CTG in de nieuwe zorgautoriteit opgaan. Het streven is om de zorgautoriteit op zijn beurt in 2008 op te laten gaan in een zorgkamer bij de NMa.

### **31.2.3 De zorgverzekering wordt goed uitgevoerd**

Toegelaten zorgverzekeraars voeren de zorgverzekeringen uit. Zij zorgen ervoor dat de Ziekenfondswet en de AWBZ rechtmatig worden uitgevoerd. De Ziekenfondswet wordt uitgevoerd door de ziekenfondsen en de AWBZ wordt uitgevoerd door regionale zorgkantoren. Deze zorgverzekeraars moeten zich verantwoorden over het naleven van de acceptatieplicht en het sluiten van overeenkomsten met aanbieders en zorginstellingen. Ook moeten zij de verzekerden goed voorlichten. Wij streven ernaar dat al deze aspecten goed worden uitgevoerd. Een belangrijke rol hierbij hebben de zelfstandige bestuursorganen in de zorg, zoals het College voor zorgverzekeringen en het College van toezicht op de zorgverzekeringen. Het oordeel van dit laatste college over de uitvoering door de zorgverzekeraars is de belangrijkste indicator voor het bereiken van deze doelstelling.

#### **a. Uitvoering ziekenfondswet en AWBZ**

##### **Beleidseffecten**

We streven ernaar dat de zorgverzekeraars de Ziekenfondswet en de AWBZ rechtmatig en doelmatig uitvoeren, met zo gering mogelijke administratieve lasten. Jaarlijks brengt het CTZ hierover een oordeel uit. De speerpunten voor de uitvoering van de Ziekenfondswet in de komende jaren zijn:

- Ziekenfondsen worden op hun prestaties beoordeeld.
- De administratieve lasten voor verzekeraars worden beperkt door efficiënte informatie-uitwisseling en verantwoording.

De speerpunten voor de uitvoering van de AWBZ in de komende jaren zijn:

- In 2004 vindt de uitvoering plaats volgens de taakomschrijving van zorgkantoren in het convenant *Taken en beheerskosten zorgkantoren*. Jaarlijks beoordeelt het CVZ (College voor zorgverzekeringen) de uitvoering van het convenant aan de hand van indicatoren in de verantwoordingsverslagen; bijvoorbeeld de tijd die verstrijkt tussen aanvang zorg en vaststellen en inning van de eigen bijdrage, aantallen klachten en duur afhandeling en de aantallen wachtenden met en zonder overbruggingszorg.
- Zorgkantoren beschikken over de vereiste zorgregistraties en (financiële) bedrijfsadministraties.
- De verantwoording over de AWBZ-uitvoering is in 2004 (over verslagjaar 2003) gemoderniseerd.
- Zorgkantoren worden via een systeem van bedrijfsvergelijking (benchmarking) geprikkeld om de AWBZ doelmatig uit te voeren. Het



CVZ stelt een algemene (geanonimiseerde) rapportage op waarin opvallende resultaten worden belicht.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

- In 2004 worden, samen met CVZ en CTZ, prestatie-indicatoren voor ziekenfondsen opgesteld, zodat prestaties van ziekenfondsen in kaart kunnen worden gebracht en beoordeeld. Het doel is ziekenfondsen daarmee op een daadkrachtige manier te prikkelen om doelmatig met het premiegeld om te gaan.
- In 2003 is de papieren berichtgeving van de werkgever naar het ziekenfonds vervangen door elektronisch aanleveren door de Uitvoering Werknemersverzekeringen (UWV). In 2004 en 2005 worden andere mogelijkheden hiervan (van dit zogeheten RINIS-concept (Routeringsinstituut (Inter)Nationale Informatie Stroom)) onderzocht en toegepast. De belasting door het berichtenverkeer wordt ook minder doordat de belastingdienst voortaan de procentuele premie Ziekenfondswet int.
- Basis voor de uitvoering van de AWBZ is het convenant over de taken en beheerskosten van zorgkantoren dat VWS, CVZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) met elkaar hebben gesloten. Het convenant bevat afspraken over de opbouw van zorgregistraties en bedrijfsadministraties. Dit is belangrijk omdat zorgkantoren tot op het niveau van de verzekerde informatie over geïndiceerde en geleverde zorg moeten kunnen uitwisselen met regionale indicatieorganen en zorgaanbieders. De invoering van een AWBZ-breed zorgregistratiesysteem (AZR) maakt het mogelijk elektronisch gegevens uit te wisselen. Tegelijkertijd worden de bedrijfsadministraties en de verantwoording en verslaggeving van zorgkantoren hierop voorbereid. Zorgkantoren kunnen zo in 2004 op vernieuwde wijze de uitvoering van hun taken verantwoorden. Deze verslagen zijn voor het CTZ de basis om het functioneren van de zorgkantoren te beoordelen. Uitgangspunt is de taakomschrijving uit het convenant.
- Het CVZ voert een bedrijfsvergelijking (benchmarkonderzoek) uit bij zorgkantoren. Dit moet aanknopingspunten opleveren om de bedrijfsvoering te verbeteren. Dit benchmarkonderzoek onder zorgkantoren vindt in 2004 plaats.

### **b. Fraudebestrijding**

#### **Beleids effecten**

De fraude in het verzekeringsstelsel wordt bestreden. Indicatoren hiervoor zijn: de uitvoeringsverslagen van ziekenfondsen waarin zij hun misbruik en oneigenlijk gebruik van regelingen en fraudebeleid verantwoorden, het oordeel van het CTZ over de uitvoering door de ziekenfondsen, advisering door CVZ over zorgpas- en declaratiefraude, en eventueel verder onderzoek op het gebied van fraude.

### **Instrumenten voor het verwezenlijken van deze doelstelling**

#### **Premiegerelateerde instrumenten**

Het nieuwe fraudebeleid kent drie actielijnen: meer controle, betere verantwoording en toetsing vooraf van nieuwe maatregelen. Er komen betere controle en sancties bij declaratiemisbruik door zorgverleners. Deze actielijnen zijn uitgewerkt in het wetsvoorstel tot wijziging van de WTG, dat de Tweede Kamer in 2003 ontvangt en dat medio 2004 in



werking moet treden. Verder investeren we in controleerbare systemen (ICT, zorgpas, vermindering bureaucratie). De tweede actielijn bevat maatregelen als het invoeren van een identificatieverplichting in de ZFW en de AWBZ, maatregelen om fraude met declaraties van verzekerden tegen te gaan, maatregelen in het elektronische berichtenverkeer om de administratieve processen te ondersteunen en de invoering van het soft-nummer in de WTZ. Het streven is in oktober 2003 een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer in te dienen dat deze tweede actielijn uitwerkt. Dit wetsvoorstel moet op 1 april 2004 ingaan. De derde actielijn is dat nieuwe maatregelen vóór invoering getoetst worden op de mogelijkheden van toezicht en handhaving. Dit doen we door CTG en CTZ vooraf om een uitvoeringstoets te vragen.

### **c. Uitvoering eigen risico en eigen bijdragen**

#### **Beleids effecten**

We streven naar een zorgvuldige uitvoering van de huidige eigenbijdrage-regeling in de AWBZ en het nieuwe eigen risico in de Ziekenfondswet. Een goede indicator hiervoor zijn de resultaten van de kernmonitor die het CVZ halfjaarlijks uitbrengt over de uitvoering van de eigenbijdrage-regeling in de thuiszorg. De rapportages van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) zijn een belangrijke gegevensbron voor deze monitor; het CAK voert deze regeling immers uit.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Premiegerelateerde instrumenten**

- Aanbevelingen van het CVZ aan de uitvoerders voor een correcte en klantgerichte uitvoering van de eigenbijdrage-regeling thuiszorg.
- Bijsturen in een vroeg stadium aan de hand van de resultaten van de kernmonitor.

### **d. Toezicht uitvoering verzekeringen**

#### **Beleids effecten**

Het streven is om in 2005 één totaaloordeel te geven over de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet, de AWBZ en de WTZ. Dit gebeurt op basis van de uitkomsten van het toezicht van het CTZ en de verantwoordingen van de zelfstandige bestuursorganen in de zorg.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### **Premiegerelateerde instrumenten**

Het toezicht is opgebouwd uit verschillende onderdelen. Het CTZ is de toezichthouder op de ziekenfondsen en de zorgkantoren en brengt jaarlijks een rapport uit over de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ. De Stichting uitvoering omslagregelingen (Suo) beoordeelt de uitvoering van de WTZ. Het ministerie van VWS geeft zelf jaarlijks een oordeel over de manier waarop de bestuursorganen in de topstructuur (CVZ, CTZ, CTG, College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) en de Suo) hun taken uitvoeren. Ten slotte beoordeelt VWS ieder jaar de financiële verslagen over het Fonds van de Ziekenfondsverzekering (Algemene Kas) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. In 2004 bezien we hoe deze deeloordelen tot een totaaloordeel over de uitvoering kunnen leiden.

De beheerskosten van de bestuursorganen in de topstructuur zijn gebudgetteerd. Evenals voor VWS en gesubsidieerde instellingen geldt, zullen ook de uitgaven van deze zbo's worden beperkt.

### 31.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>1 417</b>	<b>1 440</b>	<b>1 448</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>1 356</b>	<b>1 320</b>	<b>1 448</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>1 356</b>	<b>1 320</b>	<b>1 448</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Stelselherziening	1 356	1 320	1 448	0	0	0	0
<b>Ontvangsten</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

		2004		2005		2006		2007		2008
1.	Totaal geraamde kasuitgaven	1 448		0		0		0		0
2.	Waarvan apparaatsuitgaven	0		0		0		0		0
3.	Dus programma-uitgaven	1 448		0		0		0		0
	Waarvan op 1 januari 2004									
4.	Juridisch verplicht	19%	277	0%	0	0%	0	0%	0	0
5.	Complementair noodzakelijk	58%	840	0%	0	0%	0	0%	0	0
6.	Bestuurlijk gebonden	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0
7.	Beleidsmatig gereserveerd	17%	250	0%	0	0%	0	0%	0	0
8.	Beleidsmatig nog niet ingevuld	6%	81	0%	0	0%	0	0%	0	0
9.	Totaal	100%	1 448	0%	0	0%	0	0%	0	0

De juridische verplichtingen betreffen voornamelijk subsidies aan Euregio en uitgaven in verband met een wettelijke verplichte evaluatie ZBO's. Noodzakelijke uitgaven ten behoeve van kostenbeheersing in de budgettering van verzekeraars en ten behoeve van communicatie stelselherziening zijn opgenomen als complementair noodzakelijk.

Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Beheerskosten verzekeraars en uitvoeringsorganen	1 130,2	1 131,2	1 131,2	1 131,2	1 131,2	1 131,2
Beheerskosten ZBO's topstructuur zorgsector	62,9	62,9	62,9	62,9	62,9	62,9
Diversen (premie)	39,7	39,4	39,7	39,7	39,7	39,7
Groeiruimte beheer zorgverzekeringen	14,7	25,6	42,1	53,4	64,8	64,8
Totaal	1 247,5	1 259,1	1 275,9	1 287,2	1 298,6	1 298,6
Procentuele mutatie		0,9	1,3	0,9	0,9	

In de bovenstaande tabel zijn de ramingen opgenomen voor de premie-uitgaven voor de verschillende sectoren.

In deze ramingen zijn de budgettaire consequenties van de besluitvorming rond de Voorjaarsbrief Zorg 2003 en het Hoofdlijnenakkoord

verwerkt. Onderaan de tabel is de gereserveerde groeiruumte afzonderlijk weergegeven. Voor een toelichting op de verdeling van deze middelen over de verschillende zorgsectoren wordt verwezen naar de bijlage FBZ. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor 2003 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2004 en latere jaren de loon- en prijsontwikkeling nog moet worden toegevoegd.

### 31.4 VBTB-paragraaf

Dit is het eerste jaar dat het beleidsartikel Zorgverzekeringen in de begroting is opgenomen. Bij het formuleren van de operationele doelstellingen bleek het niet goed mogelijk om een expliciete tijdshorizon op te nemen. De doelstellingen zijn er immers op gericht de zorgverzekeringen permanent te bewaken op de aspecten: toegang en inhoud, betaalbaarheid en uitvoering. De voornaamste indicatoren die nu zijn benoemd zijn de signalen uit overleg met patiënten- en consumentenorganisaties, de verzekerdenmonitor, de uitspraken van het Hof van Justitie, de kostenontwikkeling in internationaal perspectief en het oordeel van het CTZ over de kwaliteit van de uitvoering. We achten het mogelijk dat deze indicatoren ons binnen een paar jaar (eindperspectief voor 2006) voldoende inzicht geven om reële streefwaarden voor de doelstellingen te kunnen stellen. In 2004 willen we bezien of we de indicatoren kunnen uitbreiden zodat een breder beeld van het beleidsartikel ontstaat.

**Tabel 31.2: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie model risicodragende financiering verzekeraars	01/03/04–01/09/04
Zelf-evaluatie toezicht op de sociale ziektekostenverzekeringen	01/07/04–01/01/05
Wettelijke evaluatie zbo's in de topstructuur zorgstelsel	01/02/04–01/01/05

Buiten VWS zijn er de reguliere toezichtonderzoeken van het CTZ. Ook andere zbo's evalueren specifieke onderdelen van het beleidsartikel.

## **BELEIDSARTIKEL 32: RIJKSBIJDAGEN VOLKSGEZONDHEID**

### **32.1 Algemene doelstelling**

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

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

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

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

### **32.2 Operationele doelstellingen**

#### **32.2.1 Gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de ziekenfondsverzekering**

##### **Beleidseffecten en aard van de verantwoordelijkheid**

Een van de operationele doelstellingen van de rijksbijdragen volksgezondheid, de gedeeltelijke dekking van de uitgaven van de ziekenfondsverzekering, wordt gerealiseerd door een bedrag in de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering te storten. De minister van VWS stelt de bijdrage vast en is derhalve verantwoordelijk. Het kabinet heeft besloten de nominale rekenpremie te verhogen voor 2003 en latere jaren.

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

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

### 32.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>5 659 644</b>	<b>6 859 682</b>	<b>8 118 287</b>	<b>8 376 671</b>	<b>9 000 448</b>	<b>9 361 719</b>	<b>9 361 719</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>5 659 644</b>	<b>6 859 682</b>	<b>8 118 287</b>	<b>8 376 671</b>	<b>9 000 448</b>	<b>9 361 719</b>	<b>9 361 719</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>5 659 644</b>	<b>6 859 682</b>	<b>8 118 287</b>	<b>8 376 671</b>	<b>9 000 448</b>	<b>9 361 719</b>	<b>9 361 719</b>
Dekking uitgaven ziektenkostenverzekering	3 290 744	2 669 882	2 760 787	2 852 114	2 852 313	2 852 514	2 852 514
Dekking uitgaven AWBZ	2 368 900	4 189 800	5 357 500	5 524 557	6 148 135	6 509 205	6 509 205

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	8 118 287	8 376 671	9 000 448	9 361 719	9 361 719
2. Waarvan apparaats-uitgaven	0	0	0	0	0
3. Dus programma-uitgaven	8 118 287	8 376 671	9 000 448	9 361 719	9 361 719
Waarvan op 1 januari 2004					
4. Juridisch verplicht	100% 8 118 287	66% 5 524 557	68% 6 148 135	70% 6 509 205	70% 6 509 205
5. Bestuurlijk gebonden	0% 0	34% 2 852 114	32% 2 852 313	30% 2 852 514	30% 2 852 514
6. Beleidsmatig gereserveerd	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
<b>8. Totaal</b>	<b>100% 8 118 287</b>	<b>100% 8 376 671</b>	<b>100% 9 000 448</b>	<b>100% 9 361 719</b>	<b>100% 9 361 719</b>

De hoogte van de rijksbijdrage aan de ziekenfondsverzekering wordt jaarlijks vastgesteld. Afhankelijk hiervan wordt de hoogte van de premie voor de ziekenfondsverzekering bepaald. De uitgaven aan de rijksbijdrage 2004 worden na vaststelling voor 100% verplicht. Voor de jaren na 2004 bestaat formeel geen verplichting.

De hoogte van de rijksbijdrage AWBZ, dat wil zeggen de bijdrage in de kosten van kortingen, wordt bepaald in de Wet financiering volksverzekeringen. Dit gebeurt op basis van formules die de bijdrage koppelen aan de hoogte van de heffingskortingen en het aandeel dat neerslaat in de AWBZ. Hiermee zijn de bedragen voor alle jaren voor 100% verplicht.

## **BELEIDSARTIKEL 33: JEUGDBELEID**

### **33.1 Algemene beleidsdoelstelling**

#### **De positie van jeugdigen in de samenleving versterken, hun kansen vergroten en uitval tegenaan**

We willen bereiken dat kinderen en jongeren een sterke positie hebben, houden of krijgen in de samenleving, dat hun kansen daarop zo groot mogelijk zijn. Tevens willen we sociale achterstand of uitval tegengaan. Daarom werken we zowel aan ontwikkelingskansen voor jeugdigen als aan het oplossen van hun problemen. Zowel door opvoeding als door sociale controle van de directe omgeving ontwikkelen jeugdigen zich tot verantwoordelijke burgers met normbesef en respect voor anderen. In het waarden- en normendebat richt VWS zich daarom op jeugdigen, maar ook op hun ouders en omgeving. De beleidsmaatregelen richten zich hierbij op preventie van risicogedrag, opvoedingsondersteuning, jeugdgezondheidszorg, respectvol en sportief gedrag en een gezonde en actieve leefstijl. Ouders blijven als eerste verantwoordelijk voor de opvoeding van kinderen. De overheid moet echter voorwaarden scheppen zodat ouders hun verantwoordelijkheid kunnen invullen. We richten ons daarom onverminderd op het ondersteunen van gezinnen. Overheden, veldpartijen, landelijke organisaties, sociale partners en belangenorganisaties richten zich op (delen van) het jeugdbeleid. Versnippering, verkokering en fragmentarisering van beleid zijn niet in het belang van jeugdigen. Ons beleid moet deze ontwikkelingen tegengaan door op bestuurlijk niveau de juiste voorwaarden te scheppen. Daarom brengen we samenhang aan in het jeugdbeleid van overheden en realiseren we een goed op elkaar aansluitend stelsel van pluriforme voorzieningen dat aansluit bij de wenselijke voorzieningen van de jeugd. Daarnaast ontwikkelen we jeugdbeleid dat jongeren aanspreekt. Het jeugdbeleid wint aan effectiviteit als de meest betrokken departementen – OCenW, Justitie, SZW, BZK en VWS – hun beleid voor jeugd op elkaar afstemmen, over de eigen grenzen heen kijken en waar mogelijk gezamenlijk optrekken. Een belangrijk instrument hierbij is het gemeenschappelijk kader voor het jeugdbeleid: de landelijke jeugdagenda.

#### **Intensivering voor preventie en Jeugdzorg**

Het kabinet heeft bij het aantreden in het Hoofdlijnenakkoord besloten om preventie en jeugdzorg te versterken. Hiervoor is in totaal in 2004 € 30 miljoen beschikbaar, oplopend tot € 100 miljoen in 2007. Een deel van dit bedrag wordt ingezet op dit artikel. In de eerste plaats wordt in 2004 € 2,4 miljoen (oplopend tot € 8 miljoen in 2007) beschikbaar gesteld om de stijgende vraag naar (zwaardere) jeugdzorg te doorbreken. Het vergroten van het aanbod van opvoedondersteuning en intensieve gezinsbegeleiding alsmede de implementatie van de functie gezinscoach zijn daarbij de primaire speerpunten. In de tweede plaats introduceert de nieuwe Wet op de jeugdzorg een aanspraak op jeugdzorg. Gelet op het bestaande tekort aan capaciteit en demografische groei moet daarvoor de capaciteit aan ambulante zorg, pleegzorg, dagbehandeling, residentiële jeugdzorg en de aanpak kindermishandeling vergroot worden. Hiervoor is aanvullend op de VWS-begroting in 2004 € 12 miljoen (oplopend tot € 40 miljoen in 2007) beschikbaar gesteld. Voor het realiseren van de prioriteiten gericht op de civiele keten en de jeugdstrafrechtketen is in 2004 een bedrag van € 8 miljoen aan de Justitie-begroting toegevoegd, welk bedrag oploopt naar € 29 miljoen in 2007. Een deel van deze middelen heeft betrekking op de Wet op de jeugdzorg.

### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 33.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	3 400	6 082	5 656	5 656
Korting op projectsubsidies	3 387	6 337	5 026	7 102

## **33.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

### **33.2.1 Het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg**

#### **Beleidseffecten**

Jeugdigen met ernstige opvoed- en opgroei problemen moeten zo vroeg mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo licht mogelijk van de juiste hulp voorzien worden. Om dit te realiseren, is de afgelopen jaren gewerkt aan een nieuwe Wet op de jeugdzorg. Deze wet vervangt de Wet op de jeugdhulpverlening en wordt naar verwachting op 1 januari 2004 van kracht. De wet wordt vijf jaar na inwerkingtreding geëvalueerd. De wet kent vier pijlers:

- (1) De voorzieningen versterken die aan de jeugdzorg vooraf gaan (zie 33.2.4).
- (2) Één centrale, voor iedereen herkenbare toegang tot de jeugdzorg maken: het bureau jeugdzorg.
- (3) Een passend en samenhangend zorgaanbod realiseren.
- (4) De positie van de cliënt versterken.

Met pijler (1) versterken we de voorzieningen die aan de jeugdzorg voorafgaan. Hiermee beogen we de instroom in de jeugdzorg te beperken tot die jeugdigen die ernstige gedragsproblemen hebben. Zie 33.2.4 voor een verdere uitzetting van het lokale jeugdbeleid.

Pijler (2) wil één centrale herkenbare toegang tot de jeugdzorg realiseren: het bureau jeugdzorg. Hier wordt al jaren aan gewerkt, de nieuwe wet geeft hieraan de wettelijke basis.

De ontwikkeling van de vraag naar jeugdzorg hangt af van een groot aantal factoren, zoals demografische ontwikkelingen, integratie van jeugdigen in de samenleving, gezinssituatie, school en de beschikbare capaciteit en kwaliteit bij de lokale voorzieningen. Het aantal aanmeldingen (zie tabel 33.2) bij het bureau jeugdzorg en het aantal meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling geven een indicatie van de toestroom naar de jeugdzorg. De werkwijze van het bureau jeugdzorg (BJZ) en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) garandeert dat bij iedere (aan)melding direct de ernst van de problematiek ingeschat wordt. Hierdoor kan bij crisis meteen ingegrepen worden.

**Tabel 33.2: Aantal aanmeldingen bij het bureau jeugdzorg en meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling**

	2002 Realisatie	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming
Aanmeldingen BJZ	49 837	51 000	52 000	53 000	54 000	55 000	55 000
Meldingen AMK	7 212	8 300	9 500	10 000	10 000	10 000	10 000

Bron: Rapportage taskforce wachtlijsten jeugdzorg september 2002

In 2002 zijn de bureaus jeugdzorg begonnen het aantal aanmeldingen uniform te registreren. Daarom is geen vergelijking mogelijk met 2001. De rapportages van de *taskforcewachtlijsten jeugdzorg* laten grote onderlinge verschillen zien in positionering en taakinvulling van de bureaus jeugdzorg. Het bureau jeugdzorg is een tweedelijns voorziening. De komende jaren ligt het accent op het uniformeren van de werkprocessen en het verhogen van de kwaliteit van de indicatiestelling.

De meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling zijn in het afgelopen jaar met 19,5% toegenomen. Deze stijging wordt met name veroorzaakt door de steeds grotere bekendheid van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Ook recente incidenten zoals in Roermond zorgen ervoor dat signalen van kindermishandeling sneller gemeld worden. In het najaar van 2003 worden regionale campagnes gestart om de bekendheid van het AMK verder te vergroten. De verwachting is daarom dat het aantal meldingen nog toeneemt en daarna stabiliseert.

Pijler (3) wil een passend en samenhangend zorgaanbod realiseren. De Wet op de jeugdzorg gaat uit van een vraaggestuurd aanbod. Het bureau jeugdzorg indiceert waar de cliënt aanspraak op heeft. De provincies zijn verantwoordelijk voor een zodanige planning van het provinciaal gefinancierde aanbod dat dit aansluit op de vraag. Hiertoe voert de provincie overleg met het bureau jeugdzorg om inzicht te krijgen in de vraag. De zorgaanbieder levert de gevraagde zorg voor de cliënt. Zorgaanbieders mogen geen cliënten weigeren. In de Wet op de jeugdzorg is daarom een acceptatieplicht opgenomen.

De implementatie van de Wet op de jeugdzorg wordt op een aantal essentiële onderdelen in 2004 afgerond, met name: werkprocessen bureaus jeugdzorg en nieuwe financieringssystematiek. Ook wordt eraan gewerkt de gemeentelijke verantwoordelijkheden en de jeugdzorg beter op elkaar te laten aansluiten. Dit moet er de komende jaren toe leiden dat vraag en aanbod in de jeugdzorg beter op elkaar aansluiten.

Met pijler (4) wordt de positie van de cliënt versterkt. In de nieuwe Wet op de jeugdzorg staat de cliënt centraal. Om die reden is het recht op jeugdzorg ingevoerd en is geregeld dat de cliënt moet instemmen met het indicatiebesluit en het hulpverleningsplan. Om de positie van de cliënt verder te versterken is in de wet opgenomen dat provincies hun provinciaal beleidskader en hun uitvoeringsprogramma voor advies voorleggen aan een provinciale cliëntvertegenwoordiging. Het Rijk dient het landelijk beleidskader en de voortgangsrapportages jeugdzorg voor advies voor te leggen aan een landelijke cliëntvertegenwoordiging.



### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Uitgangspunt is dat ouders in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor het opvoeden en verzorgen van hun kinderen. Als ouders hier niet (volledig) toe in staat blijken, kunnen zij in eerste instantie een beroep doen op hun sociale netwerk en lokale voorzieningen. Lokale voorzieningen zijn onder meer school, het consultatiebureau en algemeen maatschappelijk werk. Zijn de problemen met de opvoeding zo ernstig dat de lokale voorzieningen geen toereikende hulp kunnen bieden, dan kunnen jeugdigen en hun ouders/verzorgers een beroep doen op de jeugdzorg.

VWS en Justitie zijn er gezamenlijk voor verantwoordelijk een goed werkend stelsel van jeugdzorg te ontwikkelen en te waarborgen. Vanuit VWS worden binnen het bureau jeugdzorg de vrijwillige toegang en de taken AMK gefinancierd. Justitie financiert de (gezins)voogdij en de jeugdreclassering. Daarnaast financiert VWS de geïndiceerde jeugdzorg, behalve als iemand in een Justitiële Jeugdinrichting geplaatst moet worden. In dat geval financiert Justitie weer. De geïndiceerde jeugdzorg die uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) gefinancierd wordt, valt onder beleidsartikel 24 (Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang). Het deel van de jeugdzorg dat onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie valt, staat in de desbetreffende begroting. Een totaaloverzicht is te vinden in het Landelijk Beleidskader Jeugdzorg, dat separaat wordt aangeboden.

De provincies en de grootstedelijke regio's zijn ervoor verantwoordelijk een regionaal aanbod aan jeugdzorg te plannen en te financieren. Daarmee moeten zij zorgen voor voldoende aanbod voor alle jeugdigen die hiervoor geïndiceerd zijn. Provincies ontvangen hiervoor van het Rijk een doeluitkering. Daarnaast worden de bureaus jeugdzorg zelf via een aparte doeluitkering aan de provincies/grootstedelijke regio's gefinancierd.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### *Subsidies en opdrachten*

We zetten subsidies en opdrachten in om de volgende vier doelen te realiseren:

- Het instandhouden van steunfuncties voor de jeugdhulpverlening voor bijvoorbeeld zorgvernieuwing, deskundigheidsbevordering en informatievoorziening (subsidies aan bijvoorbeeld het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) en de Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen).
- Het uitvoeren van onderzoek en experimenten gericht op zorgvernieuwing. Hiervoor financieren we diverse projecten.
- Het uitvoeren van projecten gericht op het invoeren van de Wet op de jeugdzorg op het terrein van onder andere het bureau jeugdzorg, kwaliteitszorg, zorgprogrammering, beleidsinformatie en de aansluiting tussen jeugdzorg en onderwijs.
- Het realiseren van een landelijk aanbod aan jeugdhulpverlening. Met de invoering van de Wet op de jeugdzorg wordt op termijn de financiering en aansturing van de landelijke instellingen gedecentraliseerd naar provincies en grootstedelijke regio's.

#### *Wet- en regelgeving*

Vanaf 2004 is de nieuwe Wet op de jeugdzorg van kracht. Met algemene maatregelen van bestuur (AMvB) en ministeriële regelingen wordt deze

wet nader ingevuld. De belangrijkste AMvB's stellen nadere regels rond het indicatiebesluit, de zorgaanspraken en de financiering.

#### *Specifieke uitkeringen*

We verstrekken een doeluitkering aan provincies om het zorgaanbod te kunnen financieren en een doeluitkering voor het financieren van de bureaus jeugdzorg. Voor de financiering van de jeugdzorg is 2004 een overgangsjaar. Vanaf 2005 komt er een nieuwe financieringssysteem waarbij op basis van prijs x productie wordt gefinancierd. Aandachtspunt is de budgettaire beheersbaarheid van het stelsel. Waar nodig zullen na overleg met de provincies maatregelen worden genomen om de beheersbaarheid te waarborgen. In 2004 is de huidige financieringssysteem nog van kracht.

#### *Handhaving*

De Inspectie Jeugdzorg (artikel 37) let op de kwaliteit van de hulpverlening. De nieuwe Wet op de jeugdzorg heeft voor de inspectie de volgende consequenties:

- De naam van de inspectie verandert van Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming in Inspectie Jeugdzorg.
- Het terrein voor het toezicht verandert door:
  - De eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit van bureaus jeugdzorg en zorgaanbieders.
  - Het versterken van de positie van de cliënt.
  - Toezicht op Raad voor de Kinderbescherming.
  - Toezicht op nieuwe taken van het bureau jeugdzorg (ondersteuning lokaal beleid en jeugdreclassering).
- De instrumenten van de inspectie wijzigen, onder meer doordat de inspectie de bevoegdheid krijgt om een schriftelijk bevel te geven.
- Het aansturen van de inspectie wijzigt: elke provincie kan de inspectie een aanwijzing geven.

### **33.2.2 Het toereikend voorzien in financiering van opvang in internaten voor kinderen van binnenschippers en kermisexploitanten, voorzover deze vorm van opvang in verband met de aard van het beroep voor hun minderjarige schoolgaande kinderen nodig is**

#### **Beleids effecten**

De Leerplichtwet verbiedt dat kinderen steeds van andere scholen gebruik (moeten) maken. De meeste binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten beschikken niet over een vaste woon- of verblijfplaats, daarom moet er voor opvang gezorgd worden voor hun schoolgaande kinderen. Deze kinderen verblijven in een internaat of bij een pleeggezin. Daarom financieren we de opvang in internaten of pleeggezinnen voor het huisvesten, verzorgen en opvoeden van deze leerplichtige kinderen.

Sinds 1 januari 2001 is de gewijzigde subsidieregeling *Welzijnsbeleid* in werking. Op grond van de gewijzigde regeling verstrekken we per feitelijk geplaatst kind een subsidiebedrag (normbedrag) aan één centrale stichting: de Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd (CENSIS). Hiermee sluit de totale subsidie aan op het (dalend) aantal kinderen dat deze vorm van opvang nodig heeft. CENSIS verricht jaarlijks een onderzoek bij de internaten naar de werkelijk gemaakte kosten van de internaten. Op grond van dit onderzoek wordt gekeken naar de hoogte van de normbedragen in de subsidie.

Tabel 33.3 geeft de geraamde ontwikkeling van het aantal te plaatsten kinderen weer.

<b>Tabel 33.3: Aantal kinderen dat gebruik maakt van huisvesting (peildatum 15 september 2002)</b>							
	2002 Realisatie	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming	2006 Raming	2007 Raming	2008 Raming
Aantal kinderen	1 311	1 296	1 281	1 252	1 217	1 188	1 188

Bron: CENSIS, ingediende subsidieaanvraag 2003

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

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

CENSIS is verantwoordelijk voor de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen van binnenvaartschippers, kermisexploitanten en circusartiesten in internaten of pleeggezinnen. De ontwikkelingen in de sector vereisen een samenhangende aanpak door één instelling, om ouders, kinderen en personeel zo veel mogelijk continuïteit te bieden. CENSIS geeft met periodieke rapportages inzicht in het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsontwikkeling van de huisvesting, verzorging en opvoeding van kinderen.

Wij zijn verantwoordelijk voor de subsidiëring van de stichting CENSIS op basis van het feitelijk aantal gehuisveste kinderen.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### *Subsidies*

- Subsidie per feitelijk geplaatst kind aan Stichting CENSIS. De subsidiëring wordt herzien en overeenkomstig het herziene subsidiebeleid van VWS ingericht.

### **33.2.3 Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid**

#### **Beleideffecten**

Grotere maatschappelijke betrokkenheid en actief burgerschap zorgen voor optimale ontwikkeling van jeugdigen. Dit willen wij stimuleren door jeugdigen invloed te geven op zaken die hen aangaan. Daarnaast moet op lokaal niveau beter samengewerkt worden tussen sport-, onderwijs-, buurt- en jeugdvoorzieningen: wij stimuleren dat gemeenten nieuwe aansprekende activiteiten aanbieden. Tevens besteden we uit preventief oogpunt extra aandacht aan kwetsbare jeugdigen. Het is echter niet eenvoudig om de effectiviteit van deelname aan dergelijke activiteiten te meten. Hiervoor worden participatie-indicatoren gemaakt die in maart 2004 klaar zullen zijn.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Kaders voor het beleid zijn de Welzijnswet, het VN-verdrag (Verenigde Naties) inzake de Rechten van het Kind en het EU-witboek (Europese Unie) Jeugd. Wij zijn ervoor verantwoordelijk een infrastructuur te faciliteren en te ontwikkelen die participatie bevordert en het maatschappelijk draagvlak voor jeugdparticipatie vergroot.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### *Subsidies en opdrachten*

- De Nationale Jeugdraad (NJR) krijgt subsidie om als spreekbuis voor de jeugd richting de overheid te fungeren. Begin 2003 is een nulmeting verricht en in 2004 evalueren we de werking en resultaten van de NJR. Belangrijke factoren daarbij zijn hoeveel jongeren de NJR bereikt en de effecten van de producten en activiteiten van de NJR. De subsidiëring wordt herzien en overeenkomstig het herziene subsidiebeleid van VWS ingericht.
- Met de subsidieregeling *Landelijke jeugdorganisaties* is tot en met 2003 een landelijke infrastructuur rond participatie ondersteund. Met ingang van 2004 wordt deze subsidiëring herzien.
- Het NIZW-International Centre heeft sinds 2000 als Nationaal Agentschap de eerste twee jaar het EU-programma Jeugd uitgevoerd. Het functioneren en de resultaten van het Nationaal Agentschap voor het EU-Jeugdprogramma zijn in 2002 geëvalueerd. Daarop is besloten dat het NIZW-International Centre het EU-Jeugdprogramma tot het einde van de programmaperiode (2006) zal uitvoeren. In het kader van het EU-voorzitterschap worden in 2004 twee conferenties georganiseerd.
- We versterken de basisinfrastructuur voor jeugdigen door middel van een stimuleringsregeling.

## **33.2.4 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid**

### **Beleideffecten**

De basisinfrastructuur van het lokale jeugdbeleid versterken is voor ons de belangrijkste doelstelling voor het lokaal (preventief) jeugdbeleid. Hierdoor worden de ontwikkelingskansen van jeugdigen vergroot en worden problemen en overlast teruggedrongen. Jeugdigen en ouders moeten in hun eigen omgeving informatie, opvoedingshulp en -ondersteuning kunnen krijgen. Dit voorkomt dat het nodig is een beroep te doen op zwaardere en duurdere voorzieningen zoals de jeugdzorg.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Uitgangspunt is dat gemeenten verantwoordelijk zijn het lokale jeugdbeleid en provincies grotendeels verantwoordelijk zijn voor de jeugdzorg en dat wij de verantwoordelijkheid hebben voor het systeem. Onder andere gaan we in overleg met de gemeenten en provincies om af te spreken welke taken – voorafgaand aan de jeugdzorg – bij het lokale jeugdbeleid horen. Hiervoor is sinds 31 oktober 2002 in het kader van de Wet op de jeugdzorg de werkgroep «verduidelijking gemeentelijke taken» ingesteld.

Verduidelijking gemeentelijke taken is een prioriteit op de jeugdagenda die in het najaar van 2003 verschijnt. Deze agenda geeft het perspectief voor de komende kabinetsperiode.

## **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

### *Subsidies en opdrachten*

- We versterken de basisinfrastructuur voor jeugdigen door middel van een stimuleringsregeling.
- Samen met OCenW faciliteren we op landelijk niveau de verdere ontwikkeling van brede scholen. Kern van het bredeschoolconcept is samenwerking tussen onderwijs en welzijnsinstellingen in de wijk.
- We subsidiëren de ontwikkeling en toepassing van methoden op het gebied van opvoedondersteuning, jeugdwerk en wijkgebonden

strategieën. Voor de periode 2003–2005 worden twee nieuwe CtC-pilots (Community's that Care) gestart in Leeuwarden en Den Haag om deze aanpak te toetsen op effectiviteit.

- Samen met het ministerie van OCenW willen we taalen ontwikkelingsachterstanden van kinderen terugdringen. Daarom subsidiëren we in het kader van het onderwijsachterstandenbeleid onder andere initiatieven om in gemeenten ouders en kinderen deel te laten nemen aan VVE-programma's (voor- en vroegschoolse educatie).

#### *Wet- en regelgeving*

We gaan verduidelijken wat de gemeenten moeten doen aan preventief jeugdbeleid. De invoering van de Wet op de jeugdzorg per 2004 zorgt voor een nieuwe situatie waarin van gemeenten en provincies wordt verwacht dat ze de jeugdketen sluitend maken op lokaal en regionaal niveau. De Tweede Kamer heeft het kabinet in een motie gevraagd in het najaar van 2003 met een voorstel voor lokaal jeugdbeleid te komen. Hierin moet staan wat een goed en sluitend gemeentelijk voorzieningenniveau is en hoe we dit zondig wettelijk kunnen waarborgen.

Met VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten) en IPO (Interprovinciaal Overleg) is inmiddels overeenstemming bereikt over de functies die gemeenten gaan vervullen voorafgaand aan de jeugdzorg. Het gaat hier om de volgende functies:

- Informatie.
- Pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening).
- Signalering.

Om deze functies toegankelijk te maken en te coördineren moeten daarnaast beschikbaar zijn:

- Toegang tot het gemeentelijke hulpaanbod, beoordelen, toeleiding.
- Coördinatie van zorg op lokaal niveau.

De komende periode moeten bovengenoemde functies lokaal ingevuld worden: ze moeten er ook echt zijn voor ouders en kinderen die dat nodig hebben. In het najaar van 2003 presenteren we daarom een aantal voorstellen voor hoe deze functies eventueel wettelijk gewaarborgd kunnen worden.

### **33.2.5 Het stimuleren van onderzoek, monitoring en informatievoorziening**

#### **Beleids effecten**

Goede kennis- en informatievoorziening is een voorwaarde voor een samenhangend interbestuurlijk en intersectoraal jeugdbeleid van overheden. We willen weten hoe het met de problemen van de jeugd gaat en wat de effecten van het gevoerde jeugdbeleid zijn om te kunnen zien of het beleid moet worden aangepast. Hiervoor worden een Jeugdmonitor en effectrapportages voor jeugdbeleid opgesteld.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij moeten ervoor zorgen dat uitvoerende instanties deze rapportages kunnen maken in het kader van samenhangend interbestuurlijk en intersectoraal jeugdbeleid. Met name het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek), het SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau), het International Centre en het Centrum Jeugd van het NIZW werken hieraan.

De primaire verantwoordelijkheid voor het Nederlands Instituut voor Classificatie van Audiovisuele Media (NICAM) is overgedragen aan de minister van OCenW.

## Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

### Subsidies/opdrachten

- In 2003 starten de Jeugdmonitor en de effectrapportages jeugdbeleid.
- Financiering van rapportages en ondersteuning van activiteiten in het kader van het VN-verdrag voor de rechten van het kind.
- Met ingang van 1 januari 2004 verminderen de departementen van OCenW, Justitie en VWS de financiering van activiteiten van het NICAM met 50%, in 2005 met nog eens 25% en vanaf 2006 moet de sector de financiering zelf dragen.

### 33.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>902 810</b>	<b>852 796</b>	<b>832 392</b>	<b>833 339</b>	<b>853 903</b>	<b>860 450</b>	<b>859 950</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>806 149</b>	<b>830 838</b>	<b>836 797</b>	<b>837 404</b>	<b>853 570</b>	<b>860 450</b>	<b>859 950</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>802 576</b>	<b>828 139</b>	<b>834 460</b>	<b>835 381</b>	<b>851 579</b>	<b>858 459</b>	<b>857 959</b>
Adequaats stelsel van jeugdzorg	756 730	778 249	789 912	793 769	806 936	813 894	813 794
<i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>		98	115	115	115	115	115
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	718 648	737 701	750 089	757 784	769 622	777 522	777 522
Internaten voor kinderen binnenschippers	24 725	26 723	23 553	22 756	22 255	21 754	21 354
Participatie en toegankelijkheid	9 895	10 976	8 293	6 487	6 912	6 912	6 912
Lokaal sociaal beleid	8 490	8 867	9 651	9 605	12 712	13 234	13 234
Onderzoek en informatievoorziening	2 736	3 324	3 051	2 764	2 764	2 665	2 665
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>3 573</b>	<b>2 699</b>	<b>2 337</b>	<b>2 023</b>	<b>1 991</b>	<b>1 991</b>	<b>1 991</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>11 847</b>	<b>8 607</b>	<b>7 576</b>	<b>7 530</b>	<b>7 530</b>	<b>7 530</b>	<b>7 530</b>

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	836 797	837 404	853 570	860 450	859 950
2. Waarvan apparaatsuitgaven	2 337	2 023	1 991	1 991	1 991
3. Dus programma-uitgaven	834 460	835 381	851 579	858 459	857 959
<i>Waarvan op 1 januari 2004</i>					
4. Juridisch verplicht	1% 9 652	0% 2 979	0% 1 000	0% 0	0% 0
5. Bestuurlijk gebonden	97% 810 239	97% 813 924	96% 821 537	97% 828 937	97% 828 437
6. Beleidsmatig gereserveerd	2% 14 563	2% 18 459	3% 28 676	3% 29 477	3% 29 472
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0% 6	0% 19	0% 366	0% 45	0% 50
8. Totaal	100% 834 460	100% 835 381	100% 851 579	100% 858 459	100% 857 959

De post «bestuurlijk gebonden» bestaat voor het overgrote deel uit de middelen voor de doeluitkering jeugdhulpverlening (ruim € 750 miljoen). Daarnaast vallen ook de landelijke instellingen jeugdhulpverlening (ruim € 25 miljoen) en de middelen voor CENSIS (circa € 20 miljoen) onder deze post. De post «beleidsmatige reserveringen» bestaat voor het grootste deel uit reservering in het kader van de welzijnsnota die nog niet juridisch of bestuurlijk gebonden zijn.

### 33.4 VBTB-paragraaf

De invoering van de nieuwe Wet op de jeugdzorg gaat gepaard met de nodige aandacht voor het invoeren van een informatiestelsel. Een goed informatiestelsel is essentieel om tijdig de juiste maatregelen te kunnen nemen. De afgelopen twee jaar is daarbij gebruik gemaakt van de resultaten van de *taskforce wachtlijsten jeugdzorg*. Met ingang van 2004 moeten de bureaus jeugdzorg deze gegevens leveren. Vanaf 2004 wordt een minimale dataset van basisgegevens aangeleverd. Deze set wordt de jaren daarop verder gecomplementeerd. Er komt onder meer aanvullende informatie over de indicaties en de productiegegevens over zorgaanbod, uitgesplitst naar zorgvorm.

In 2004 bekijken we hoe de effectiviteit van de geleverde zorg de komende jaren in beeld kan worden gebracht. Ook wordt getracht de cliënttevredenheid vanaf de begroting 2006 voor het eerst in beeld te brengen.

Op termijn geven bovenstaande kwantitatieve en kwalitatieve gegevens en de beschikbare financiële middelen een goed beeld over hoe vraag en aanbod in het stelsel van jeugdzorg op elkaar aansluiten.

De jeugdagenda en het Landelijk Beleidskader Welzijn geven richting aan het te voeren preventieve en lokale jeugdbeleid in de komende jaren. De huidige doelstellingen in de paragrafen 33.2.3 t/m 33.2.5 worden in dit verband kritisch gezien en waarschijnlijk herzien.

**Tabel 33.4: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Wet op de jeugdzorg	Vijf jaar na inwerkingtreding (planning 2008)
Werkelijke gemaakte kosten instandhouding internaten	Jaarlijks
Verantwoording meerjarenprogramma jeugdonderzoek	2005
Stichting Nationale Jeugdraad	2004
EU-programma Jeugd	2006

## BELEIDSARTIKEL 34: SOCIAAL BELEID

### 34.1 Algemene beleidsdoelstelling

#### **Sociaal beleid heeft tot doel versterking van de leefsituatie in Nederland.**

Wij dragen stelselverantwoordelijkheid voor voorzieningen op lokaal niveau waar burgers zelf actief in kunnen participeren en waar zij een beroep op kunnen doen als hun zelfredzaamheid tekort schiet met als doel een versterking van de leefsituatie in Nederland.

Onze bijdrage aan deze doelstelling kent twee aspecten. Enerzijds bevorderen we dat het welzijnswerk een bijdrage levert aan het doel van 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.

Begin november 2003 zullen wij de Tweede Kamer het Landelijk Beleidskader Welzijn 2004–2008 toezenden. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan artikel 8, eerste lid van de Welzijnswet 1994: «Onze minister legt eenmaal per vier jaar aan beide kamers der Staten-Generaal een welzijnsnota over». Het Landelijk Beleidskader Welzijn zal betrekking hebben op de welzijnsonderdelen van zes beleidsartikelen: Jeugdbeleid, Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid, Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang, Verpleging, verzorging en ouderen, Sportbeleid en het onderhavige beleidsartikel. Dit beleidsartikel is al gestoeld op de hoofdlijnen van het aangekondigde Landelijk Beleidskader Welzijn.

**Tabel 34.1: Landelijk Beleidskader Welzijn per beleidsterrein (exclusief annex en doeluitkeringen)**

Artikel	Beleidssterrein	Bedrag x € 1 000
24	Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	15 620
26	Gehandicaptenzorg en hulpmiddelenbeleid	2 078
27	Verpleging, verzorging en ouderen	15 681
33	Jeugdbeleid	18 595
34	Sociaal Beleid	60 583
35	Sportbeleid	31 756
	Totaal	144 313

#### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidietaakstelling voor dit artikel opgenomen.



**Tabel 34.2 Subsidietaakstelling (bedragen in € x 1000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	4 116	7 066	7 714	7 714
Korting op projectsubsidies	3 283	6 142	4 871	6 884

### 34.2 Operationele beleidsdoelstellingen

Realisatie van de doelstellingen van het sociaal beleid moet leiden tot toenemende maatschappelijke betrokkenheid van burgers. De samenleving is alleen vitaal als iedereen kan, mag en wil meedoen: met werk, met vrijwilligersactiviteiten, in het verenigingsleven, op school en in de buurt. Het gaat erom dat mensen eerst zelf verantwoordelijkheid nemen, en pas daarna naar anderen kijken of iets van de overheid verwachten. Gegevens over toe- en afname zijn beschikbaar bij het Centraal Bureau voor de Statistiek, in periodieke evaluatierapportages van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), in afzonderlijke doelgroepen- of themarapportages en in inhoudelijke jaarverslagen van gesubsidieerde instellingen.

#### Aard van de verantwoordelijkheid

Het betreft hier een systeemverantwoordelijkheid. In de Welzijnswet 1994 zijn de verantwoordelijkheden voor het welzijnsbeleid aan de verschillende overheidslagen toebedeeld. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoerend werk, de provincies voor het steunfunctiewerk en het Rijk voor de landelijke functie.

De landelijke functie omvat:

- Het volgen, signaleren en analyseren van ontwikkelingen in de samenleving.
- Het stimuleren van nieuw beleid, nieuwe voorzieningen en activiteiten.
- Het zorg dragen voor innovatieve projecten met een landelijke betekenis.
- Het zorg dragen voor internationale uitwisseling van informatie.
- Het zorg dragen voor een landelijke infrastructuur waaronder landelijke organisaties.

Centraal staat het bevorderen van vernieuwing, de kwaliteitsverbetering van het lokale aanbod en het stimuleren dat gemeenten vernieuwingen (laten) implementeren. Hiermee bevorderen we dat burgers, verenigingen, vrijwilligerswerk, welzijnsinstellingen en overheden steeds adequaat reageren op veranderende maatschappelijke vragen.

De doelstellingen die gekozen zijn houden verband met onze systeemverantwoordelijkheid en met onze positie als een van de actoren om het systeem ook effectief te laten zijn.

De doelstellingen zijn:

- Het versterken van de rol van de welzijnssector. Hierbij is het middel kennis en stimuleren van professionalisering en kwaliteit.
- Het versterken van de zelfredzaamheid van burgers op lokaal niveau. Hiertoe zal een dienstverleningsstelsel worden ontwikkeld en geïmplementeerd.
- Het verbeteren van de leefbaarheid in wijken en buurten in (grote) steden en dorpen. Hiertoe zullen ketenanalyses worden uitgevoerd, zal ondersteuning worden geboden door expert- en implementatieteams en zullen zonodig geldstromen worden gebundeld. Wij doen dit enerzijds vanuit onze eigen verantwoordelijkheid: het programma

sociale pijler stad en platteland (i.s.m. gemeenten en provincies), anderzijds vanuit de aan ons toegekende verantwoordelijkheid in het kader van het Grotestedenbeleid: de coördinatie van de sociale pijler.

De realisatie van de operationele doelstellingen in dit beleidsartikel is mede afhankelijk van de inzet van anderen: maatschappelijke organisaties, gemeenten, provincies, lokale, provinciale en landelijke welzijnsinstellingen.

### **34.2.1 Het vergroten van maatschappelijke participatie van burgers in buurt en vereniging door vrijwilligerswerk**

#### **Beleidseffecten**

Zoals het Kabinet in het Hoofdlijnenakkoord heeft gemeld wordt de kracht van een samenleving bepaald door de mate waarin burgers en bevolkingsgroepen bereid en in staat zijn mee te doen, onder andere aan vrijwilligersactiviteiten, in het verenigingsleven en in de buurt.

Het vrijwilligerswerk is het voertuig bij uitstek om verantwoordelijkheid te nemen en niet alles van een ander of van de overheid te verwachten.

Effecten zijn onder andere een meer leefbare buurt, meer recreatiemogelijkheden door middel van sport, uitgebreidere dienstverlening in ziekenhuizen en verzorgingshuizen. Door het verrichten van vrijwilligerswerk versterkt de betrokken persoon ook zijn eigen zelfredzaamheid: het gaat om het vergroten van het eigen netwerk/informele contacten, het voorkomen van vereenzaming/verveling en het leren organiseren en uitvoeren. Volgens de laatste meting van het SCP (Trends in de tijd, 2001) is 31% van de bevolking van 12 jaar en ouder gemiddeld 4,7 uur per week actief als vrijwilliger (ongeveer 4 miljoen personen). Met dit beleidsonderdeel wordt beoogd het vrijwilligerswerk in Nederland kwalitatief en kwantitatief op peil te houden.

In het Internationaal jaar van vrijwilligers 2001 is een stevige impuls gegeven aan het bevorderen van vrijwilligerswerk door de instelling van de Commissie voor lokaal vrijwilligersbeleid en de Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk (TSV). De impuls loopt door tot 2005. In maart 2003 zijn de resultaten van de eerste meting gepubliceerd (Research voor Beleid). Daarin wordt geconcludeerd dat het duidelijk is dat sinds het Internationaal Jaar van de Vrijwilliger en de instelling van de TSV het vrijwilligerswerkbeleid meer op de lokale politieke agenda staat. Er wordt door gemeenten en provincies meer geld en personele inzet vrijgemaakt en er zijn plannen voor instrumenten die het vrijwilligerswerk kunnen bevorderen. Vrijwilligersorganisaties lijken deze toegenomen belangstelling te merken: meer dan een derde geeft aan dat de ondersteuning in 2002 is verbeterd. Aangezien gemeenten in 2003 en 2004 hun plannen tot volle realisatie zullen brengen gaan wij er van uit dat de vrijwilligersorganisaties een nog positiever oordeel zullen hebben. In 2004 zullen effecten hiervan zichtbaar zijn. Mede op grond daarvan zullen wij een geactualiseerde visie op het vrijwilligersbeleid en onze rol hierin presenteren.

In 2003 is in het kader van het vrijwilligersbeleid een onderzoek gestart naar de mogelijkheden voor de invoering van een sociaal jaar voor jongeren van 16–27 jaar. In een periode van maximaal een jaar kunnen jongeren zich op vrijwillige basis oriënteren op het werken bij maatschappelijke organisaties. Doel is dat deelnemers ook in hun verdere leven gemotiveerd zijn om werk dan wel vrijwilligerswerk te blijven verrichten. Op basis van de uitkomsten van dit verkennend onderzoek (te verschijnen

begin 2004) wordt gezien of een nadere uitwerking van varianten door middel van vervolgonderzoek nodig is, dan wel in 2004 enkele experimenten uitgevoerd kunnen worden om ervaringsgegevens te verkrijgen voor de keuze van een specifiek model.

Op genoemde terreinen wordt op interdepartementaal niveau met name samengewerkt met de ministeries van SZW, OCenW en Justitie.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### *Subsidies*

- Instellingssubsidie aan Samenwerkende Organisaties voor Maatschappelijk Activeringswerk (SOM) voor het toerusten van vrijwilligers die zich inzetten voor kwetsbaren.
- Instellingssubsidies (minus 20% eigen bijdrage) aan de VTA groep (zes internaten voor vorming, training en advies) voor de scholing van maximaal 32 340 (aspirant-)vrijwilligers, die actief zijn/gaan worden op het VWS-terrein.
- Projectsubsidies: onder andere voor de uitvoering van de activiteiten van het plan van aanpak van de commissie Lokaal Vrijwilligersbeleid, de ontwikkeling van een instrument voor certificering van vrijwilligerswerk, de uitvoering van het onderzoeksprogramma op het gebied van vrijwilligerswerk, de realisering van een sociaal jaar voor personen van 16-27 jaar en van maatschappelijke stages in het voortgezet onderwijs.
- Subsidie op basis van de TSV aan gemeenten en provincies voor een meerjarig project vrijwilligerswerk. Dit project loopt van 2001 tot en met 2004. De deelname van 393 gemeenten en 10 provincies is in die periode gegarandeerd. Het doel van de regeling is te bevorderen dat gemeenten en provincies een structureel en systematisch vrijwilligerswerkbeleid ontwikkelen en uitvoeren dat gericht is op vernieuwing en rekening houdt met veranderingen in de samenleving. Gemeenten en provincies die deelnemen aan het meerjarig project dragen zelf 50% van de kosten bij. In totaal worden in de deelnemende gemeenten en provincies 876 projecten op titel van de regeling uitgevoerd gericht op deskundigheidsbevordering, werven en binden van vrijwilligers en/of organisatorische en administratieve bijstand aan vrijwilligers(organisaties). Bij de Vereniging Nederlandse Gemeenten is door ons een project mogelijk gemaakt ter ondersteuning van gemeenten en provincies bij het formuleren, uitvoeren en registreren van hun vrijwilligersbeleid in het kader van de TSV. In 2004 wordt de TSV geëvalueerd. Ook de jaarlijkse metingen in opdracht van de Commissie Vrijwilligersbeleid over de ontwikkeling van het vrijwilligerswerkbeleid van de gemeenten en provincies, levert informatie op. Die informatie zal tevens als basis dienen voor het rijksbeleid vanaf 2005.

**Tabel 34.3: Onderbouwing Vorming Training en Advies**

	2002 realisatie	2003 raming	2004 raming
Aantal cursisten	32 340	32 340	32 340
Subsidie per geslaagde deelnemer (in euro's)	333	333	300
Begrotingsbedrag (in € miljoen)	10,8	10,8	9,7

Bron: VTA-groep

### **34.2.2 Het beschikken over toegankelijke kennis voor het uitvoerend werk voor de beleidsevaluatie en -ontwikkeling van de sector maatschappelijke zorg**

#### **Beleids effecten**

Onze verantwoordelijkheid impliceert dat het stelsel van voorzieningen op lokaal niveau in stand blijft en dat de daar werkzame professionals en vrijwilligers aan burgers adequate mogelijkheden weten te bieden tot participatie en ondersteuning naar zelfredzaamheid. Opdat het uitvoerend werk en wij steeds goed weten te reageren op nieuwe maatschappelijke vragen en ontwikkelingen is een beperkt aantal kennisinstellingen actief voor toegepast beleidsonderzoek, internationale uitwisseling, kennisopbouw, kennisverspreiding, signaleren van nieuwe vraagstukken, inhoudelijke ondersteuning, innovatie en ontwikkeling (methoden). In het rapport over de evaluatie van de Welzijnswet wordt opgemerkt dat het aanbod van de instellingen te weinig vraaggestuurd is en er meer behoefte is aan beschreven methodieken met bewezen resultaten. De aansturing vanuit VWS behoeft verbetering.

De landelijke infrastructuur kan een belangrijke adviserende, ontwikkelende en ondersteunende rol spelen in het uitoefenen van de verantwoordelijkheid voor het welzijnsstelsel. Om deze positie te kunnen waarmaken zijn wijzigingen noodzakelijk. Per 2005 zal er sprake zijn van een duidelijke afbakening van taken en inhoud tussen de instellingen van de landelijke infrastructuur waarmee de huidige overlap en versnippering wordt voorkomen. Er zal gezocht worden naar een sturingsvorm die het mogelijk maakt dat de verschillende instellingen gericht de uitvoering gaan ondersteunen, vraaggericht bezig zijn en meer samenwerken. Herprioritering binnen deze doelstelling is daarbij niet uitgesloten. Voor de wijze van inrichting zal worden aangesloten bij de VWS-brede voorstellen over sturing en inrichting van de kennisinstellingen (basissubsidie eventueel aangevuld met opdrachten). Inhoudelijk zal het accent de komende jaren liggen op het versterken van de rol van de welzijnssector in het kader van extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### *Subsidies*

- Instellingssubsidie aan het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO), Verwey-Jonker Instituut, CIVIQ (voorheen NOV en SVM) en de Nederlandse Gezinsraad. De instellingssubsidie is tevens bestemd voor het leveren van een bijdrage aan een of meer van de overige doelstellingen in dit beleidsartikel (en bij NIZW ook aan andere beleidsartikelen).
- Projectsubsidie voor de verspreiding en benutting van kennis door het kennisnetwerk Sociaal Beleid (X-S2), voor (evaluatie-)onderzoek en voor internationale uitwisseling.

### **34.2.3 Het bevorderen van professionaliteit en kwaliteit van welzijnsvoorzieningen**

#### **Beleids effecten**

Wij hebben de stelselverantwoordelijkheid voor de welzijnssector. Dit is het stelsel van lokale welzijnsvoorzieningen dat de leefsituatie van burgers in Nederland moet versterken. Mensen kunnen een beroep doen op de welzijnssector als hun zelfredzaamheid tekort schiet, maar ze kunnen er ook zelf actief in participeren.

De welzijnsvoorzieningen dienen niet alleen effectief en doelmatig te werken, maar moeten juist aan de burgers duidelijk maken welke diensten ze leveren en hoe deze aansluiten bij de vragen van burgers. Om dit te bereiken werken wij aan een ontwikkelagenda waarin de volgende thema's centraal staan:

1. De sturingsrelatie tussen opdrachtgevers en instellingen.
2. Het kennismanagement (kengetallen en expertise).
3. De relatie met burgers als klanten van het welzijnswerk (methodiek en klantgerichtheid).
4. De toerusting van de instellingen (management en personeel).

Deels zijn wij reeds gestart met activiteiten om de professionalisering van de sector op deze thema's te verwezenlijken, deels zullen ze nog worden uitgewerkt in het Landelijk Beleidskader met een 4-jarige ontwikkelagenda welzijnssector. Na afloop zal de sector hier zelf een vervolg aan moeten geven.

Wij ondersteunen het project Welzijn Informatie Lokaal en Landelijk (WILL) dat loopt van 2003 tot en met 2006. Dit project is gericht op de eerste drie thema's. Hierin werken gemeenten en de door hen gesubsidieerde instellingen in koppels samen om vorm en inhoud van de lokale subsidiecontracten en productierapportages zodanig te standaardiseren dat benchmarking op bovenlokaal niveau mogelijk is. Benchmarking levert de beste praktijk modellen op voor:

- Prestatie-indicatoren.
- Procesindicatoren.
- De beleids-, contract- en financiële cycli van gemeente en instelling.
- Klanttevredenheidsonderzoek.
- Onmisbaar, flexibel en additioneel werk.

De instellingen committeren zich om de «best practice» in hun eigen organisatie in te voeren.

In 2003 is gestart met 17 lokale koppels in het sociaal-cultureel werk en het peuterspeelzaalwerk. In 2004 wordt het aantal koppels uitgebreid tot 75 en wordt het project verbreed met het algemeen maatschappelijk werk, ouderenwerk, crisisopvang en sociaal raadsliedenwerk. Aan het eind van het project dienen alle gemeenten en de welzijnssector te beschikken over een stelsel van transparante en vergelijkbare productomschrijvingen, methodes en procedures.

Wij zijn voornemens om de relatieve achterstand in kwaliteitsbeleid van het sociaal-cultureel werk en ouderenwerk in te halen. Doel is om methoden voor kwaliteitsverbetering zoals interne audits en certificering, die in andere deelsectoren reeds gangbaar zijn, ook in deze sectoren in te voeren.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### *Subsidies*

- Instellingssubsidie NIZW onder andere voor het WILL-project respectievelijk de actualisering van de beroepenstructuur.
- Projectsubsidie onder andere voor de provinciale pilots kwaliteit en het kwaliteitsbeleid van het sociaal cultureel werk en ouderenwerk.

#### **34.2.4 Het versterken van de zelfredzaamheid van burgers op lokaal niveau.**

##### **Beleidseffecten**

De ondersteuning van het lokale sociale beleid kent twee aspecten; enerzijds door de uitvoering op het lokale terrein te vergemakkelijken door belemmeringen in regelgeving weg te nemen, en anderzijds door een actief stimuleringsprogramma voor een speciaal gebied: het platteland.

##### **Dienstverleningsstelsel**

In het licht van de komende vergrijzing van de samenleving en de behoefte van mensen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen is het van belang dat er een samenhangend stelsel van maatschappelijke diensten aanwezig is voor mensen met beperkingen. Dit dienstverleningsstelsel moet samenwerkingsverbanden tot stand brengen tussen zorg- en welzijnsvoorzieningen en de schotten wegnemen tussen welzijn, zorg en wonen. De burger moet eerst zelf al het mogelijke doen om zelfstandig te leven en zelfstandig te functioneren; pas daarna ondersteunt de overheid hem daarbij. Het Rijk kan tezijntijd onderdelen van de Welzijnswet, de WVG en enkele regelingen intrekken. Bij de totstandkoming van het dienstverleningsstelsel, waarover in november 2003 een nota verschijnt, is expliciet aandacht voor de verantwoordelijkheidsverdeling voor zaken uit dit stelsel en de AWBZ.

In 2004 wordt het project «Welzijn versterkt Zorg» uitgevoerd, dat voorbereid is door de partijen van «Welzijn versterkt». De bedoeling van dit omvangrijke project is welzijnsinstellingen te ondersteunen in de samenwerking met partners in de woon- en zorgsector. Het wordt opgenomen in het werkprogramma NIZW 2004. Dit project beoogt tevens de eenheid van taal en de kwaliteit in de welzijnssector te verbeteren.

##### **Sociale pijler platteland**

Waar via het Grotestedenbeleid veel aandacht is voor de problematiek in de grote steden is het van belang het platteland met haar eigenstandige sociale problematiek niet te vergeten. Hier gaat het om de vraag hoe burgers zelfstandig kunnen blijven leven en participeren in een context waarin voorzieningen niet bij de hand zijn, steeds minder worden (denk aan openbaar vervoer, postkantoor etc).

De minister van LNV is coördinerend bewindspersoon voor het plattelandsbeleid. De coördinatie van de sociale pijler daarbinnen wordt door ons uitgevoerd. In deze coördinatierol zullen wij ons richten op uitvoering van de aanbevelingen van het rapport «Bewogen barrières» van het NIZW en meer in het bijzonder op de bevordering van burgerbetrokkenheid en de bevordering van multifunctioneel gebruik van sociale voorzieningen ten plattelande. De concretisering van onze activiteiten in 2004 en volgende jaren wordt opgenomen in het Landelijke Beleidskader Welzijn 2004–2008. Het zal daarbij gaan om het implementeren van een sociale structuurschets voor dorpen in het landelijk gebied, het formuleren van een eigentijds antwoord op de verschraling van voorzieningen en vereenzaming van met name ouderen. Hierbij zullen ook de mogelijkheden van ICT aan de orde komen. De provincies zullen in dit traject een grote rol spelen.

Het traject provinciale steun bij lokaal sociaal beleid gaat in 2004 het laatste jaar in. Op grond van de ervaringen moeten conclusies worden getrokken over de rol van en afstemming tussen provinciale en landelijke

instellingen bij de lokale implementatie van succes gebleken methodieken en werkwijzen. Daarnaast moet blijken in hoeverre de pilots een bijdrage hebben geleverd aan de ontkokering op lokaal niveau.

Het project «Monitor lokaal sociaal beleid» is nu in een pilotfase beland. Een achttal gemeenten verzamelen met behulp van een gestandaardiseerde vragenlijst gegevens op wijkniveau over de leefsituatie van burgers. Een proefrapportage zal medio 2004 beschikbaar zijn.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### *Subsidies*

- Instellingssubsidies aan landelijke instellingen zoals het NIZW en LCO. Dit betreft onder andere het centrum Sociaal Beleid van het NIZW, voor landelijke ontwikkelingen op het terrein van opbouwwerk en voor integratie van allochtonen in wijken en buurten (financieel bij 34.2.1).
- Projectsubsidies aan VNG en IPO voor de ondersteuning van gemeenten, respectievelijk provincies bij het vormgeven van lokaal sociaal beleid.
- Projectsubsidies pilots provinciale steun bij lokaal sociaal beleid. Verlenen van opdrachten voor het verkrijgen van aansluiting van welzijn met het nieuwe zorgstelsel.

### **34.2.5 Verbeteren leefbaarheid in wijken van grote steden.**

#### **Beleideffecten**

Ter uitvoering van het Actieplan sociale pijler Grotestedenbeleid 2002–2009 (Kamerstukken II, 2002–2003 21 062, nr. 107) zullen wij in 2004 de nodige voorbereidingen treffen voor het beleidskader 2005–2009.

De doelstelling is de leefbaarheid in wijken en buurten van grote steden te verhogen.

Hiertoe wordt een mix van faciliteiten aangeboden vanuit verschillende departementen. Grote steden kiezen hieruit op basis van hun eigen situatie en vertalen dit in een eigen Meerjarig Ontwikkelingsplan met de in 2009 te behalen resultaten per gekozen thema.

De faciliteiten zijn gerubriceerd rond 4 thema's: gezond en wel, meedoen, leefbaarheid en preventie en reïntegratie.

Deze vier lijnen zijn tevens de uiteindelijke doelstellingen. Om de leefbaarheid te verhogen is het nodig dat:

- Iedereen de kans krijgt voor ontwikkeling van persoonlijke redzaamheid en ontplooiing van eigen talenten (gezond en wel).
- Iedereen mee doet in de zorg en verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de samenleving (meedoen).
- Buurten en wijken een veilig, gezond en sociaal leefklimaat bieden en geen bron van achterstelling (leefbaarheid) vormen.
- Mensen die de aansluiting met de samenleving hebben verloren worden opgevangen en verzorgd, zoveel mogelijk worden gereïntegreerd, en niet aan zichzelf en de straat worden overgelaten (preventie en reïntegratie).

Om de resultaten te meten zijn per doelstelling 1 of meer indicatoren bepaald waarop het effect op output wordt gemeten. In 2004 wordt op deze indicatoren een nul-meting gehouden. De meting wordt vervolgens periodiek herhaald.



Wij hebben in dit traject een dubbele rol: enerzijds de coördinator van de sociale pijler (het gehele traject) en anderzijds als deelnemer, een van de departementen die programma's verzorgt en activiteiten onderneemt.

Als coördinator zijn wij regisseur over dit onderdeel van het Grotestedenbeleid en voeren wij als zodanig het overleg met de steden. Aan de orde zijn o.a. nut en noodzaak van het bundelen van financieringsstromen, het vergemakkelijken van regelgeving, het uitvoeren van ketenanalyses, het organiseren van nul- en resultaatmetingen.

Met betrekking tot de eigen rol zullen wij onze eigen trajecten zoals operatie «Jong» inbrengen. Daarnaast is er een speciaal programma ontwikkeld: «de sociale impuls 50 wijken aanpak» met als doel een sociale impuls te geven bij versnelde herstructurering. Het programma wordt samen met VROM uitgevoerd.

Concreet worden lokale partners ondersteund bij de uitvoering van het programma door het aanbieden van kennis, impulsteams voor het beantwoorden van acute vragen en het wegnemen van belemmerende wet- en regelgeving. Deze kennis en impulsteams worden ontwikkeld en aangeboden vanuit de landelijke infrastructuur welzijn.

Elke twee jaar wordt de stand van zaken gemeten.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### *Subsidies, onderzoek, overleg*

- Onderzoek naar bundeling van financiële geldstromen.
- Projectsubsidies onder andere voor het inhuren van impulsteams voor gemeenten; voor het ontwikkelen en organiseren van nul- en resultaatmetingen en voor ketenanalyses.
- Overleg met G30-gemeenten en departementen met een aandeel in de sociale pijler.

### **34.2.6 Afbouw/overdracht van taken**

Dit betreft geen operationele doelstelling. Hier wordt het budget geraamd en verantwoord dat nodig is voor de overdracht en afbouw van subsidies. Dit als gevolg van de herprioritering binnen het beleidsterrein Welzijn, de doorlichting van de instellingssubsidies en de realisering van de project-subsidietaakstelling van VWS. Het betreft een aantal lopende projecten en instellingssubsidies die als posterioriteit worden beschouwd. Hier worden geen nieuwe verplichtingen op aangegaan. De opgenomen raming betreft uitfinanciering van de in het verleden aangegane verplichtingen.



### 34.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>83 378</b>	<b>65 204</b>	<b>52 765</b>	<b>59 331</b>	<b>58 387</b>	<b>57 650</b>	<b>57 667</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>65 971</b>	<b>73 605</b>	<b>65 141</b>	<b>59 339</b>	<b>59 826</b>	<b>57 806</b>	<b>57 806</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>62 264</b>	<b>70 071</b>	<b>62 126</b>	<b>57 162</b>	<b>57 975</b>	<b>55 955</b>	<b>55 955</b>
Maatschappelijke participatie	24 567	26 744	23 042	19 458	19 106	18 605	18 605
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	7 811	8 373	7 433	7 433	7 433	7 433	7 433
Toegankelijke kennis	29 148	30 693	15 844	12 733	12 608	12 434	12 434
Professionaliteit en kwaliteit	1 212	1 680	1 777	2 163	1 933	1 214	1 164
Zelfredzaamheid van burgers	6 180	5 415	2 500	855	675	805	200
Leefbaarheid in wijken van grote steden	114	4 102	4 948	8 458	11 079	10 323	10 978
Afbouw/overdracht van taken	1 044	1 437	14 015	13 495	12 574	12 574	12 574
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>3 707</b>	<b>3 534</b>	<b>3 015</b>	<b>2 177</b>	<b>1 851</b>	<b>1 851</b>	<b>1 851</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>2 562</b>	<b>626</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1000)

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	65 141	59 339	59 826	57 806	57 806
2. Waarvan apparaatsuitgaven	3 015	2 177	1 851	1 851	1 851
3. Dus programma-uitgaven	62 126	57 162	57 975	55 955	55 955
Waarvan op 1 januari 2004					
4. Juridisch verplicht	78% 48 429	3% 1 497	1% 770	1% 390	0% 234
5. Bestuurlijk gebonden	9% 5 352	61% 34 970	59% 34 150	58% 32 506	58% 32 506
6. Beleidsmatig gereserveerd	13% 8 345	36% 20 695	40% 23 055	41% 23 059	41% 23 215
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
8. Totaal	100% 62 126	100% 57 162	100% 57 975	100% 55 955	100% 55 955

De juridisch verplichte uitgaven hebben in 2004 betrekking op de programma's «Maatschappelijke participatie» (€ 19,2 miljoen), «Toegankelijke kennis» (€ 14,7 miljoen) en «Posterioriteit» (€ 12,3 miljoen). Dit betreft de instellingssubsidies en onder maatschappelijke participatie tevens de specifieke uitkering «Tijdelijke stimuleringsuitkering vrijwilligerswerk» (€ 7,4 miljoen). Tevens is in 2004 een aantal projecten voor het programma «Het versterken van burgers» (€ 1,8 miljoen) en voor het programma «Professionaliteit en kwaliteit» (€ 0,5 miljoen) juridisch verplicht. Vanaf 2005 zijn de instellingssubsidies voor de diverse programma's opgenomen onder de bestuurlijk gebonden uitgaven. De beleidsmatige reserveringen hebben betrekking op de uitvoering van het in november uit te brengen Landelijk beleidskader Welzijn 2004–2008.

#### 34.4 VBTB-paragraaf

Het brancherapport «Welzijn en sport 1998–2001» dat wij op 15 november 2002 aan de Tweede Kamer hebben aangeboden, bevat gegevens en kengetallen over de welzijnssector (zoals het aantal formatieplaatsen, het aantal voorzieningen, etc.). Daarmee is een breed beeld geschetst van de situatie en ontwikkeling in de verschillende sectoren. In de nieuwe editie, die in 2004 uitkomt, zal dit beeld geactualiseerd en waar nodig gecomple-

teerd worden. Tevens wordt bezien of de informatie in het brancherapport uitgebreid kan worden met zogeheten prestatie-indicatoren. Het gaat dan om gegevens over de welzijns- of leefsituatie van burgers.

In 2004 wordt de toepassing van de Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk geëvalueerd.

Om de resultaten van het beleidskader grote steden 2005–2009, onderdeel sociale pijler, te meten wordt in 2004 een nulmeting gehouden in de jaren daarna gevolgd door periodieke resultaatmetingen. Ook de effecten van de sociale impuls «50-wijken aanpak» zullen regelmatig worden gemeten. In 2004 zal er een Landelijk Beleidskader Welzijn worden uitgebracht met de hoofdlijnen van het welzijnsbeleid van het Rijk voor de komende vier jaar. De inzet is om het Beleidskader op VBTB-leest te schoeien. Daartoe zullen doelen en instrumenten zo veel mogelijk concreet worden geformuleerd en zal er een monitoring- en evaluatiesystematiek worden ontwikkeld. Dit zal uiteraard zijn weerslag krijgen in de Begroting 2005 en volgende jaren.

**Tabel 34.4: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk	2004

## BELEIDSARTIKEL 35: SPORTBELEID

### 35.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

In het Hoofdlijnenakkoord wordt benadrukt dat door sport het beroep op de zorg kan worden teruggedrongen en de volksgezondheid kan worden bevorderd. Sport heeft een grote maatschappelijke betekenis en geeft een positieve impuls voor jongeren. Daarnaast heeft sport, door het fijn-vertakte netwerk van sportverenigingen en vrijwilligerswerk een sterke samenbindende functie.

Het overheidsbeleid is erop gericht dat waar nodig te ondersteunen. Dat geldt in het bijzonder ook voor gehandicapten sport.

Sport heeft een (ver)bindende kracht die de sociale cohesie kan bevorderen op het lokale niveau: met vrijwilligersactiviteiten, in het verenigingsleven, op school en in de buurt. In de sport staat de burger centraal. Sport is van belang voor de overdracht van waarden en normen. Ook de inzet van de Nederlandse topsporter levert hieraan een belangrijke bijdrage. Sport vervult een preventieve rol voor de gezondheid van de burger. De verbindende kracht van de sport komt ook tot uitdrukking in de samenwerking op rijksniveau zowel binnen het eigen departement met andere beleidsterreinen (jeugdbeleid, preventie, sociaal en ouderenbeleid) als met andere ministeries (BZK, OCenW, BUZA, Justitie).

Op basis van het Hoofdlijnenakkoord zijn er speerpunten geformuleerd op vier beleidsterreinen. Met het beleid op deze speerpunten wil VWS een positieve bijdrage leveren aan de maatschappelijk gewenste ontwikkelingen uit het regeerakkoord. De speerpunten zijn: Sportgezondheid, Breedtesport, Kader en Topsport.

De uitwerking van deze speerpunten is onder de operationele doelstellingen terug te vinden (1 tot en met 3 in paragraaf 35.2.1, speerpunt 4 in paragraaf 35.2.2)

Behalve dat de speerpunten worden uitgewerkt, zullen er in 2004 ook inspanningen worden gedaan op het internationale vlak. Het jaar 2004 is door de Europese Commissie uitgeroepen tot het Jaar van Opvoeding door Sport.

Doelstellingen van het jaar van Opvoeding door Sport 2004 zijn:

- Samenwerking bevorderen tussen onderwijsinstellingen en sportorganisaties om de educatieve aspecten van sport te ontwikkelen.
- Sport gebruiken als instrument om jongeren die kennis en vaardigheden mee te geven die ze nodig hebben om hun fysieke, mentale en sociale capaciteiten verder te kunnen ontwikkelen. Uitwisselingen van «good practices» over de manier waarop sport in het onderwijsbestel een bijdrage aan de sociale integratie van kansarme groepen kan leveren.
- Door middel van meer sport op school een beter evenwicht tot stand brengen tussen verstandelijke activiteiten en lichaamsbeweging tijdens de gehele schoolloopbaan.
- Vrijwilligerswerk bevorderen.
- Uitwisseling van leerlingen en studenten.

- Aandacht besteden aan de onderwijsproblemen van jonge sporters en jongeren die aan wedstrijdsport doen.

Het Europees Jaar van Opvoeding door Sport is gericht op overheidsinstanties die onderwijs of sport in hun portefeuille hebben én op onderwijsinstellingen en sportorganisaties (internationale, Europese of nationale sportbonden, olympische comités, nationale sportfederaties en andere sportorganisaties).

Het Jaar van Opvoeding door Sport én het EU-voorzitterschap vallen in de tweede helft van 2004 samen en dat biedt een uitgelezen kans om de samenwerking tussen onderwijs en sport en de maatschappelijke betekenis van sport nationaal én internationaal op de agenda te zetten, niet alleen in 2004 maar ook in de periode daarna. Wij zullen hiervoor samen met het ministerie van OCenW een programma opstellen. Het voornemen is om het thema Buurt, Onderwijs en Sport (BOS) als speerpunt in te zetten. Dit betekent het ondersteunen van activiteiten gericht op het versterken en het toenemen van de samenwerkingsverbanden tussen Buurt, Onderwijs en Sport. Doel is de kwaliteit van de sportvereniging, alsmede de sociale cohesie in de buurt/wijk te vergroten en de kwaliteit en kwantiteit van het bewegingsaanbod voor jongeren te bevorderen.

### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 35.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	6 941	9 011	7 044	7 044
Korting op projectsubsidies	5 274	9 868	7 826	11 059

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Onze verantwoordelijkheid richt zich erop kwaliteitsverbeteringen te ondersteunen in de sportbeoefening en de fysieke en organisatorische sportinfrastructuur. Om dit te bereiken, stellen we subsidies en kennis beschikbaar aan (bijzondere) landelijke sportorganisaties, provincies of gemeenten. Hoewel de haalbaarheid van plannen een van de toets-elementen is om een subsidie te verkrijgen, is het de verantwoordelijkheid van de subsidieontvanger en hangt het af van de personen en de factoren die bij de uitvoering van het plan betrokken zijn of de gesubsidieerde plannen daadwerkelijk worden gerealiseerd. Kenmerkend voor de financiële ondersteuning is dan ook dat de subsidie in de meeste gevallen slechts een (beperkt) deel van de projectkosten dekt.

## 35.2 Operationele beleidsdoelstellingen

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

#### Beleidseffecten

Zowel in de nota «Wat sport beweegt» als in de beleidsbrief «Breedtesport» (TK 1998–1999, 26 632, nr. 1) is uiteengezet welke waarden (breedte)sportbeoefening voor het individu en de maatschappij heeft. De centrale boodschap in beide stukken 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 van mensen en biedt veelal een ontmoetingsplaats in wijken en buurten.

#### *Sportgezondheid*

Met een Bewegingsmonitor wordt onder andere gemeten hoeveel uren Nederlanders sporten en hoeveel blessures zich voordoen. Uit deze monitor blijkt dat in 2002 45% van het Nederlandse publiek voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NGB)<sup>1</sup>, maar dat 14% van de bevolking geen enkele dag van de week aan de norm voldoet. Jaarlijks doen zich ongeveer twee miljoen sportblessures voor, de kans op een blessure voor een sporter is 13%, voor topsporters zelfs 60%. Als speerpunt is geformuleerd: gezonde lichaamsbeweging stimuleren en inactiviteit tegengaan via alle relevante «beweegbronnen» (sport, recreatie, werk, transport en thuis). Daarbij gaat speciale aandacht uit naar mensen met een chronische ziekte.

Het uiteindelijke streven is om in het percentage Nederlanders dat aan de NGB voldoet te verhogen tot minstens 48% (50%) in 2007 (2010) en het percentage inactieven terug te brengen tot 10% of minder. Voor de blessurepreventie is de doelstelling om jaarlijks het blessurerisico te verlagen naar 10% in 2010.

#### *Breedtesport*

In 2002 is de eerste evaluatie van de breedtesportimpuls uitgevoerd. Uit deze evaluatie blijkt dat veel projecten zich afspelen op het terrein van sportbuurtwerk, verenigingsondersteuning en op het terrein van school en sport. Veel projecten hebben als doel mensen kennis te laten maken met de sportclub in de buurt en de sportdeelname te bevorderen. Een van de manieren om de maatschappelijke meerwaarde van sport beter te benutten, is de samenwerking te intensiveren op lokaal niveau, tussen buurt, onderwijs en sport. We stellen ons daarom ten doel om de bestaande breedtesportimpuls om te vormen naar een breedtesportbeleid dat zich vooral richt op de grote steden en de vijftig geselecteerde wijken. Hierbij zal de kern van het beleid erop gericht zijn op lokaal niveau de relatie buurt-sport-onderwijs te versterken. Omdat de sportvereniging daarin een cruciale rol dient te vervullen is de versterking van de sportvereniging een belangrijke voorwaarde.

Speerpunt is verder de deelname bevorderen van mensen met een handicap in alle takken van sport door organisatorische integratie bij reguliere sportbonden.

#### *Kader*

Uit de Rapportage Sport, die het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in 2003 heeft uitgebracht, blijkt het volgende. In 2001 waren er 29 600

<sup>1</sup> Deze norm houdt in dat kinderen minimaal een uur en volwassenen minimaal een half uur per dag matig intensief bewegen op minimaal vijf dagen van de week.

sportverenigingen, waarvan 86% grotendeels draait op vrijwillig kader. In sportverenigingen en sportorganisaties met een ander karakter waren in 2000 naar schatting 1,1 miljoen Nederlanders tussen 12 en 79 jaar (8.2%) als vrijwilliger actief. Over de afgelopen tien jaar blijkt er niet alleen een toename te zijn van het aantal sportorganisaties dat gebruikmaakt van vrijwilligers, maar ook een toename van het aantal vrijwilligers dat bij sportorganisaties actief is en een toename van het aantal arbeidsuren van deze vrijwilligers. Deze trend wordt ook gesignaleerd in de Verenigingsmonitor en in de evaluatie van het meerjarenprogramma «Tijd voor vrijwilligersbeleid» van NOC\*NSF, dat in 2002 is afgerond. Ondanks deze groeiende inzet van vrijwilligers blijkt uit deze onderzoeken dat het door verenigingen gepercipieerde vrijwilligerstekort in die periode onveranderd is gebleven. De helft van de verenigingen kampt met een tekort aan vrijwilligers en 80% van de verenigingen maakt zich grote zorgen over het kader. Dit kan een bedreiging voor de sportvereniging worden. Uit de eerdergenoemde evaluatie van de breedtesportimpuls blijkt dat 25% van de gemeenten de impuls gebruikt om sportverenigingen te ondersteunen bij het verbeteren van hun kaderbeleid en de interne organisatie. In 2004 wordt er verder aan gewerkt deze ondersteuningsstructuur waarin gemeenten, provincies en sportbonden een rol hebben, uit te bouwen. Daarnaast is de inzet in 2004 de kwaliteit van het beschikbare kader te bevorderen. Begeleiding, deskundigheidsbevordering en professionele ondersteuning zijn daarin belangrijke ingrediënten, maar het is ook zeer gewenst dat nieuwe instrumenten worden ontwikkeld om de effectiviteit en efficiency van de inzet van het (nieuwe) kader te verbeteren.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### *Algemeen*

- Het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) heeft een functie als expertisecentrum en ondersteunt sportbonden en gemeenten als ze hun sportbeleid uitwerken. De activiteiten van het NISB zijn onderverdeeld in zeven programmalijnen. We noemen hier de vier belangrijkste (financieel gezien): 1) participatie en kwaliteit; 2) kwalitatief sportaanbod en breedtesportimpuls; 3) sportinfrastructuur Nederland; 4) expertisepunten. Op basis van de activiteiten die binnen deze programmalijnen worden ondernomen, wordt subsidie toegewezen en wordt afgerekend. Het doel van deze subsidie is sportparticipatie in brede zin te bevorderen.

#### *Subsidies*

Op het gebied van sportgezondheid is er subsidie om:

- Sportmedisch beleid te ontwikkelen en uit te voeren door sportorganisaties en om projecten te ondersteunen die gericht zijn op bewegingsbevordering, blessurepreventie, alcoholmatiging en tabaksontmoediging (dit zijn middelen behorend bij programmalijn 4 van de Welzijnsnota). Het vierjarige (2000–2003) project «sociale hygiëne» is een voorbeeld van een project waarmee invulling is gegeven aan het alcoholmatigingsbeleid bij sportverenigingen.
- De inzet van de Breedtesportimpuls mede te richten op lokale projecten die uitzicht bieden op blijvend meer (sportief) bewegen.
- Meer aandacht te geven aan sporten met grotere ongevalrisico's en aan de preventie van ernstige letsels.
- De sportbonden meer aan te spreken op het veiliger maken van de beoefening van hun tak van sport.

- De multimediale ondersteuning en promotie in het kader van leefstijlcampagnes en afstemming via het «Platform bewegen».
- Bestaande maatregelen beter te benutten en effectiever te maken als beschermingsmiddelen en voorlichting.

Op het gebied van de breedtesport is er subsidie om:

- Gemeentelijke initiatieven financieel te ondersteunen op basis van de stimuleringsregeling *Breedtesport*. Het doel hiervan is dat gemeenten het sportbeleid een prominentere plaats geven op de gemeentelijke beleidsagenda. Na vijf tranches (de regeling is in 1999 gestart) hebben 265 gemeenten (van de in totaal 496) een aanvraag ingediend. Deze gemeenten vertegenwoordigen circa twee derde van de Nederlandse bevolking.
- Het Jaar van de Opvoeding door Sport 2004 uit te werken, wat een impuls zal geven aan projecten op het gebied van buurt, onderwijs en sport.
- De fair-playprogramma's van landelijke sportbonden te stimuleren en ondersteunen, onder meer door lespakketten «Sportiviteit en respect» te verschaffen.
- De sociaal-preventieve projecten te ondersteunen die erop gericht zijn het voetbalvandalisme terug te dringen. Daartoe is al een meerjarenafspraken gemaakt met de KNVB. Een landelijk informatiepunt supportersbeleid zal worden ingericht en ondersteund.
- Initiatieven te ondersteunen die gericht zijn op de integratie van gehandicaptensport.

Voor het kader in de sport is er subsidie om:

- Het kader te versterken en strategisch belangrijke doelgroepen vrijwilligers te werven, namelijk jeugd, vrouwen en allochtonen.
- De professionalisering van het sporttechnisch kader en het verenigingsmanagement te verbreden ter ondersteuning van de vele vrijwilligers in de sport.
- Sportopleidingen te moderniseren en de sportopleidingen in te bedden in een samenhangend opleidingsstelsel, waarbij nieuwe vormen van leren worden gestimuleerd en de opleiding op maat en «aan huis» wordt gebracht.

### **35.2.2 De beoefening van topsport in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden bevorderen**

In 2002 is de subsidieregeling Welzijnsbeleid gewijzigd op het punt van de ondersteuning van topsportevenementen en -accommodaties. De regeling ondersteunt organisaties als ze in Nederland grote sportevenementen organiseren en ondersteunt ook de aanpassing van bestaande of de realisatie van nieuwe topsportaccommodaties. In 2003 zijn al ruim zeventig aanvragen behandeld voor uiteenlopende initiatieven. Met het uitvoeren van de regeling is tevens de doelstelling geformuleerd om de opgedane kennis op het gebied van evenementen en topsportaccommodaties te bundelen en voor het publiek beschikbaar te stellen.

In augustus 2004 zullen de Olympische Spelen plaatsvinden. De voorbereiding hiervan door sportbonden en NOC\*NSF verloopt binnen het programma «Performance 2004», waaraan ook wij financieel bijdragen. We hopen dat de successen van Sydney worden geëvenaard.

### **Beleidseffecten**

Mede door de sterk toegenomen maatschappelijke betekenis van topsport – onder meer onder invloed van de overweldigende media-aandacht voor sport – richten wij ons in het sportbeleid ook op de topsport. Topsport is een belangrijke economische factor en van belang voor de Holland Promotie. Topsport heeft ook belangrijke waarden voor de samenleving die minder snel opvallen. Topsporters inspireren andere, vooral jonge, mensen om ook aan sport te gaan doen. Topsporters beïnvloeden de beeldvorming van mensen en leveren daardoor een bijdrage aan integratie en socialisatie van minderheidsgroepen. Het zijn deze maatschappelijke waarden die mede ten grondslag liggen aan het topsportbeleid.

Ons doel is het positieve van topsport te bevorderen en de negatieve bijverschijnselen zoals doping, vandalisme en onsportief gedrag tegen te gaan. Wij streven naar een goed topsportklimaat waarbinnen niet alleen goede prestaties en (gouden) medailles gehaald kunnen worden, maar vooral ook naar een klimaat waarbinnen topsporters uit verschillende disciplines zich op een verantwoorde manier met hun sport kunnen bezighouden.

Topsport is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de georganiseerde sport. Wij hebben hierbij een ondersteunende en stimulerende taak.

Elke vier jaar wordt de ontwikkeling van het topsportklimaat in Nederland op onderdelen gemeten en vergeleken met andere Europese landen. Het eerstvolgende rapport verschijnt nog in 2003.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

- Activiteiten van landelijke sportorganisaties ondersteunen die gericht zijn op de herkenning en ontwikkeling van talenten.
- Een hoogwaardige begeleidingsstructuur ondersteunen, vooral op sporttechnisch en sportmedisch gebied.
- De topsportinfrastructuur versterken, in het bijzonder waar het gaat om training- en wedstrijdaccommodaties en de organisatie van evenementen.
- Het tegengaan van doping door de ondersteuning van bonden en specifieke organisaties, internationale afspraken en de nationale afstemming via het antidopingplatform Dopingcontroles.

Jaarlijks wordt door NOC\*NSF op advies van NeCeDo vastgesteld hoeveel controles er in totaal en per tak van sport moeten plaatsvinden, zowel «in» als «out of competition». De medewerking aan het aantal controles per sportorganisatie hanteren wij als subsidievoorwaarde evenals de toepasselijkheid van een actueel dopingreglement en een actief voorlichtingsbeleid richting sporters en begeleiders. Als een sportorganisatie hieraan niet voldoet, wordt een korting aangebracht op de subsidie voor het algemeen functioneren. Ten behoeve van een goede afstemming van de activiteiten van de bij het antidopingbeleid betrokken organisaties is in april 2003 het Nederlands Antidoping Platform ingesteld.



**Tabel 35.2: Aantal controles dat DoCoNed in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd en het aantal «positieve» gevallen, dat hieruit naar voren is gekomen**

Jaar	Aantal controles	Aantal «positieve» gevallen
2000	1 757	22
2001	2 321	45
2002	2 755	45

Bron: Jaarverslag DoCoNed, 2002.

#### *Subsidiekorting*

Korting op de subsidie voor het algemeen functioneren van sportbonden (zie 35.2.1) wordt toegepast als er geen adequaat dopingbeleid wordt gevoerd. Toepassing van dit instrument heeft slechts in een enkel geval plaats.

#### *Stipendiumregeling*

De Stipendiumregeling is een regeling voor A-topsporters met een inkomen dat lager is dan het minimumloon. Uitvoering van de regeling ligt bij het Fonds voor de Topsporter dat hiervoor een bedrag van circa € 9 miljoen heeft ontvangen in 2000.

**Tabel 35.3: Aantal A-topsporters dat gebruikmaakt van de Stipendiumregeling**

Peildatum	A-topsporters	Waarvan stipendium genieten:
Feb. 2001	353	150
Mei 2002	477	241
Juni 2003	452	245

Bron: Fonds voor de Topsporter

#### *Verlaagd belastingtarief*

Er is een verlaagd BTW-tarief ingesteld voor de toegang tot onder andere sportwedstrijden en -accommodaties. In plaats van het normale BTW-tarief van 19% geldt voor de levering van deze goederen of diensten het verlaagde tarief van 6%. Het doel is om de toegankelijkheid van cultuur, en sport (beoefening) te bevorderen.

### 35.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>76 209</b>	<b>70 943</b>	<b>51 191</b>	<b>50 082</b>	<b>57 031</b>	<b>57 850</b>	<b>60 308</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>69 833</b>	<b>81 828</b>	<b>67 301</b>	<b>60 989</b>	<b>65 130</b>	<b>61 679</b>	<b>61 679</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>67 076</b>	<b>78 974</b>	<b>64 616</b>	<b>58 459</b>	<b>62 892</b>	<b>59 656</b>	<b>59 656</b>
Breedtesport	53 326	54 628	46 578	41 222	44 639	43 020	43 021
waarvan specifieke uitkeringen	5 333	10 990	8 872	6 758	7 002	5 998	5 998
Topsport	13 750	24 346	18 038	17 237	18 253	16 636	16 635
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>2 757</b>	<b>2 854</b>	<b>2 685</b>	<b>2 530</b>	<b>2 238</b>	<b>2 023</b>	<b>2 023</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>8 131*</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>31</b>

\* Voor een toelichting, zie VWS-jaarsverslag 2002.

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	67 301	60 989	65 130	61 679	61 679
2. Waarvan apparaatsuitgaven	2 685	2 530	2 238	2 023	2 023
3. Dus programma-uitgaven	64 616	58 459	62 892	59 656	59 656
Waarvan op 1 januari 2004					
4. Juridisch verplicht	49% 31 559	21% 12 429	14% 8 520	9% 5 111	4% 2 169
5. Bestuurlijk gebonden	0% 0	22% 12 674	15% 9 649	16% 9 649	16% 9 649
6. Beleidsmatig gereserveerd	51% 33 057	57% 33 356	71% 44 723	75% 44 896	80% 47 838
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
8. Totaal	100% 64 616	100% 58 459	100% 62 892	100% 59 656	100% 59 656

Het sportbeleid is beschreven in verschillende beleidsnota's (zie hiervoor), waarin de beleidsvoornemens en de budgetten worden beschreven die voor sport worden aangewend. Een deel hiervan is al juridisch verplicht. Daarnaast wordt aan verschillende sportorganisaties een zogenoemde instellingssubsidie verstrekt. Voor het jaar 2004 is dit een juridische verplichting, voor de volgende jaren zijn deze uitgaven bestuurlijk gebonden. Dit betekent dat een verlaging van dit budget ruimschoots tevoren dient te worden gemeld aan deze organisaties en een wijziging van beleid impliceert. Het bedrag bij «beleidsmatige gereserveerd» betreft een raming van uitgaven voor beleidsthema's die zijn voorgenomen in de verschillende beleidsnota's.

### 35.4 VBTB-paragraaf

Het VBTB-denken heeft eraan bijgedragen dat er meer aandacht is om beleidsdoelstellingen te concretiseren en evaluatieve momenten in te bouwen. Dit is zichtbaar in de begroting maar gebeurt ook, minder zichtbaar, bij de uitvoering van het sportbeleid. Daarbij moet echter niet uit het oog worden verloren waar de verantwoordelijkheden en (on)mogelijkheden liggen. In 2003 is er verder aan gewerkt de evaluatie-programmering concreet te maken, waarbij de volgende aspecten verder zijn uitgediept:

- De probleemstelling.
- De planning/mogelijke bundeling van evaluaties.

– De interne/externe uitvoerbaarheid.

Dit heeft geleid tot een aantal voorstellen om de programmering aan te passen. De consequenties hiervan zijn nog niet verwerkt in de evaluatie-programmering, omdat door de taakstelling ook op dit punt prioriteiten gesteld moeten worden en ook het programma moet worden getemporeerd.

**Tabel 35.3** Overzicht voorgenomen evaluaties

Onderwerp	Geplande uitvoering
de ontwikkeling van het topsportklimaat in Nederland	2004
het evenementen- en accommodatiebeleid	2004

## **BELEIDSARTIKEL 36: VERZETSDEELNEMERS, VERVOLGDEN EN BURGEROORLOGSGETROFFENEN**

### **36.1 Algemene beleidsdoelstelling**

**Het bieden van (im)materiële ondersteuning aan personen die in het bijzonder zijn getroffen door de gebeurtenissen tijdens de Tweede Wereldoorlog en de Bersiap-periode in Nederlands-Indië alsmede het verschaffen van genoegdoening aan leden van onderscheiden gemeenschappen vervolgingslachtoffers. Daarnaast de herinnering aan de Tweede Wereldoorlog in stand houden om daaruit lering te trekken en het versterken van de internationale samenwerking op dit terrein**

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 Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) nieuwe aanvragen voor een pensioen of uitkering. Na een aanvankelijke opleving in de periode 1999–2002, is in 2003 een daling ingezet die zich naar verwachting zal voortzetten.

Naast het bieden van (im)materiële ondersteuning beoogt de algemene beleidsdoelstelling ook de herinnering aan de Tweede Wereldoorlog in stand te houden. 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.

Ruim vijftig jaar na de beëindiging van de Tweede Wereldoorlog zijn roof en rechtsherstel van financiële tegoeden en goederen wereldwijd centraal komen te staan in verschillende onderzoeken en internationale regeringsconferenties. In Nederland heeft de regering op 21 maart 2000 haar standpunt uitgebracht over de eindrapporten van verschillende commissies die door haar zijn ingesteld. Om finaal recht te doen aan de kritiek op de bejegening van de vervolgingsslachtoffers in het naoorlogs rechtsherstel en de gevolgen die dit heeft gehad voor hun verdere bestaan, heeft de regering 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 regeringsstandpunt (met uitzondering van de verdeling van de gelden van de joodse gemeenschap, dat primair een taak van het ministerie van Financiën is).

De regering heeft lering getrokken uit de historische analyse van de verschillende onderzoekscommissies. Het boek over dit verleden mag nooit gesloten worden; regering 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 regeringsstandpunt te garanderen.

#### **Subsidietaakstelling begroting**

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-

taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 36.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	875	875	875	875
Korting op projectsubsidies	1 200	2 244	1 780	2 515

### **Taakstelling PUR**

In het Hoofdlijnenakkoord is voor de PUR een (volume- en efficiency) taakstelling opgenomen. Deze taakstelling is naar aanleiding van de rijksbrede problematiek verhoogd. In tabel 36.2 is de taakstelling voor de PUR weergegeven.

**Tabel 36.2 Taakstelling PUR (bedragen x € 1 000)**

	2004	2005	2006	2007
Hoofdlijnenakkoord		137	137	137
Aanvullende taakstelling	233	328	561	948
	233	465	698	1 085

## **36.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

### **36.2.1 Een 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**

#### **Beleidseffecten**

De maatschappelijke effecten die het wettelijk stelsel van materiële en immateriële voorzieningen genereert, liggen in de sfeer van «ereschuld» en «bijzondere solidariteit» met de getroffen en van WOII en de Bersiap-periode. Het (wettelijk) stelsel van voorzieningen voor oorlogsgetroffenen bevindt zich in de eindfase. Dit stelt specifieke eisen aan het beleid. Centraal staat het waarborgen van continuïteit en kwaliteit in de bedrijfsvoering van de uitvoeringsorganisaties (PUR en begeleidende instellingen), ondanks een gestaag dalende werklast.

De bekostigingswijze van de PUR is een belangrijke waarborg voor continuïteit en doelmatigheid (outputfinanciering). Dit bekostigingsmodel wordt elke drie jaar geëvalueerd.

Iedere vier jaar dient de Tweede Kamer op grond van artikel 21 van de Wet PUR geïnformeerd te worden over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de PUR. Hieraan hebben wij in 2001 voor het eerst voldaan (TK 2001–2002, 20 454, nr. 56).

Verder verstrekken wij structureel subsidies aan een aantal gespecialiseerde instellingen voor hulp- en dienstverlening aan oorlogsgetroffenen. De subsidiesystematiek voor de immateriële hulpverlening zal in 2004 worden geëvalueerd. Voor 2005 is de evaluatie voorzien van de Tijdelijke Vergoedingsregeling Psychotherapie Naoorlogse Generatie (TVP).

Tabel 36.3 geeft een overzicht van de belangrijkste kengetallen van de wetten en regelingen. De daling van het gemiddelde aantal pensioenen en uitkeringen zet zich bij alle wetten voort met uitzondering van de Wubo,

waar nog enige jaren sprake zal zijn van een stijging van het aantal toeslagen op grond van artikel 19 van de Wubo (Toeslag verbetering levensomstandigheden). Het Wubo-bestand van 13 106 uitkeringen bestond in 2002 voor een aantal van 2 942 uit periodieke uitkeringen en voor 10 164 uit toeslagen op grond van artikel 19 van de Wubo. Deze toeslagen zijn niet afhankelijk van het inkomen van de betrokkene. In de tabel maken we een onderscheid tussen het aantal pensioen- of uitkeringsgerechtigden en het gemiddelde aantal betaalbare pensioenen of uitkeringen. Het aantal pensioen- of uitkeringsgerechtigden omvat ook de nihilisten (gerechtigden waarvan het pensioen niet betaalbaar wordt gesteld omdat hun overige inkomsten te hoog zijn) en is geschoond van dubbelstellingen (gerechtigden die zowel een periodieke uitkering ontvangen als een toeslag op grond van artikel 19 van de Wubo of artikel 21b van de Wuv).

De totale programma-uitgaven vertonen een dalende trend. De uitgaven voor de bijzondere (medische en sociaal-medische) voorzieningen blijven hoog, vooral bij de Wubo. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat het beroep op de bijzondere voorzieningen toeneemt, vooral de tegemoetkomingen voor deelname maatschappelijk verkeer en huishoudelijke hulp. Naast de voortschrijdende vergrijzing van de doelgroep vormen ook de wijzigingen van de oorlogswetten naar aanleiding van het advies van het adviescollege-Van Galen met ingang van 2001 hiervoor een verklaring. De uitgaven voor de Tijdelijke Vergoedingsregeling Psychotherapie Naoorlogse Generatie (TVP) zullen naar verwachting in 2003 nog een stijging vertonen als uitvloeisel van de verbreding van de doelgroep in 2001.

**Tabel 36.3: Kerngegevens wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen\* (bedragen x € 1 miljoen)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	Realisatie	Raming	Raming	Raming	Raming	Raming	Raming
<i>Wuv</i>							
Eerste aanvragen	1 416	1 623	1 607	1 589	1 570	1 550	1 531
Toewijzingspercentage	25%	19%	18%	18%	17%	17%	16%
Aantal uitkeringsgerechtigden	25 264	23 889	22 750	21 545	20 330	19 153	18 021
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. uitkeringen art. 21b)	21 421	20 487	19 443	18 349	17 250	16 186	15 180
Uitgaven Wuv totaal(€)	211,1	195,8	185,3	174,1	162,6	151,5	141,7
Waarvan uitgaven bijzondere voorzieningen (€)	32,8	33,7	33,6	33,1	32,2	31,3	30,4
<i>Wubo</i>							
Eerste aanvragen	2 142	2 153	2 059	1 967	1 874	1 782	1 692
Toewijzingspercentage	29%	26%	27%	27%	27%	27%	27%
Aantal uitkeringsgerechtigden	11 157	11 701	11 865	11 929	11 916	11 846	11 726
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. toeslag art. 19)	13 106	13 589	13 811	13 912	13 919	13 855	13 733
Uitgaven Wubo totaal (€)	60,6	60,1	61,3	61,4	61,0	60,4	59,6
Waarvan uitgaven bijzondere voorzieningen (€)	16,8	17,5	19,0	19,9	20,3	20,5	20,6
<i>Wbp</i>							
Eerste aanvragen	82	92	90	87	84	81	78
Toewijzingspercentage	22%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Aantal pensioengerechtigden	6 044	5 663	5 268	4 876	4 487	4 101	3 716
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	5 556	5 220	4 856	4 495	4 136	3 780	3 425
Uitgaven Wbp totaal(€)	102,1	91,5	84,9	78,3	71,7	65,2	58,6
<i>Wbp-z</i>							
Eerste aanvragen	4	3	3	3	3	3	3
Toewijzingspercentage	40%	33%	33%	33%	33%	33%	33%
Aantal pensioengerechtigden	501	452	397	340	281	221	161
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	496	446	392	335	277	218	159
Uitgaven Wbp-z totaal (€)	9,4	8,1	7,1	6,1	5,0	4,0	2,9

**Tabel 36.3: Kerngegevens wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen\* (bedragen x € 1 miljoen)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	Realisatie	Raming	Raming	Raming	Raming	Raming	Raming
<i>Wiv</i>							
Eerste aanvragen	3	1	1	1	1	1	1
Toewijzingspercentage	33%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
Aantal pensioengerechtigden	282	270	255	240	225	210	195
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	228	219	206	194	182	170	157
Uitgaven Wiv totaal (€)	3,0	2,7	2,5	2,4	2,2	2,1	1,9
<i>TVP</i>							
Aantal declaraties	1 749	2004	2 027	2 050	2 050	2 050	2 050
Uitgaven TVP totaal (€)	0,9	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
<i>AOR</i>							
Eerste aanvragen	307	300	270	240	190	150	120
Toewijzingspercentage	34%	39%	40%	40%	40%	40%	40%
Omvang bestand per ultimo	698	766	829	877	912	924	915
Uitgaven AOR totaal (€)	3,3	3,4	3,6	3,6	3,6	3,5	3,4

Bron: PUR, VWS (AOR), december 2002

\* Toelichting:

Wuv: Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945

Wubo: Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945

Wbp: Wet buitengewoon pensioen 1940–1945 (verzet)

Wbp-z: Wet buitengewoon pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers

Wiv: Wet buitengewoon pensioen Indisch verzet

TVP: Tijdelijke Vergoedingsregeling Psychotherapie Naoorlogse Generatie

AOR: Algemene oorlogsongevallenregeling Indonesië (Uitvoeringsorgaan: SAIP)

### Aard van de verantwoordelijkheid

Het beleid gericht op de getroffen van de Tweede Wereldoorlog en de Bersiap-periode is vooral voorwaardenscheppend van aard. Onze verantwoordelijkheid op dit terrein valt dan ook primair te kenschetsen als systeemverantwoordelijkheid. De vijf pensioen- en uitkeringswetten voor oorlogsgetroffenen worden in opdracht van ons uitgevoerd door het zelfstandig bestuursorgaan de PUR. Wij hebben formeel geen directe invloed op het toepassingsbeleid van de PUR. Met andere woorden: wij beslissen niet of een aanvrager wel of niet tot de wetten wordt toegelaten. Daarnaast is er een aantal (gesubsidieerde) categorale instellingen en instellingen van algemeen maatschappelijk werk die de doelgroep immateriële hulp- en dienstverlening bieden.

Onze systeemverantwoordelijkheid laat onverlet dat wij ons in hoge mate verantwoordelijk voelen voor de feitelijke resultaten die het systeem genereert. Dit heeft te maken met de unieke maatschappelijke betekenis van de begrippen «ereschuld» en «bijzondere solidariteit» als leidende principes bij de zorg voor oorlogsgetroffenen, in samenhang met de steeds grotere kwetsbaarheid van de doelgroep. Wij geven onze verantwoordelijkheid vooral inhoud door toezicht te houden op de PUR en door de kwaliteit van de gesubsidieerde uitvoeringsorganisaties te monitoren.

### Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

#### *Subsidies*

Wij verstrekken subsidies aan een aantal instellingen voor immateriële dienstverlening (maatschappelijk werk en sociale dienstverlening) aan oorlogsgetroffenen. Hier noemen we in het bijzonder de drie categorale «begeleidende instellingen» (Stichting 1940–1945/SBO (Stichting Burger-Oorlogsgetroffenen), Stichting Pelita en Stichting Joods Maat-

schappelijk Werk) en de stichting Informatie- en Coördinatie-Organen Dienstverlening Oorlogsgetroffenen (ICODO). Daarnaast zijn er zes instellingen van algemeen maatschappelijk werk met een afdeling gespecialiseerd in maatschappelijk werk voor oorlogsgetroffenen die subsidie van ons ontvangen.

#### *Wet- en regelgeving*

De doelgroep vraagt regelmatig om aanpassing van (de uitvoering van) het wettelijk stelsel. Achtergrond is mede de sterke vergrijzing van de doelgroep (mate van cliëntgerichtheid) en de steeds grotere tijdsafstand tot de gebeurtenissen tijdens WOII, waardoor het steeds lastiger wordt de oorlogsomstandigheden te verifiëren. Wijzigingen van wet- en regelgeving hebben in beginsel alleen betrekking op «onderhoud», bijvoorbeeld indexeringen en doorwerking van wijzigingen in aanpalende regelgeving. Daarnaast brengt de PUR regelmatig wijzigingen aan in de uitvoering om de cliëntgerichtheid op peil te houden.

#### *Monitoring bedrijfsvoering uitvoeringsorganisaties*

Wij bewaken de continuïteit van de bedrijfsvoering van de uitvoeringsorganisaties. Een goede informatie-uitwisseling met de decentrale uitvoeringsorganisaties is daarbij essentieel. Zo worden tijdig knelpunten gesignaleerd of voorzien en kan daarop worden ingespeeld. De continuïteit en doelmatigheid in de bedrijfsvoering wordt verder gestimuleerd door de bestaande systemen van bekostiging op basis van objectieve werklastericatoren voor de belangrijkste uitvoeringsorganisaties. Deze bekostigingssystemen worden periodiek geactualiseerd. Met de uitvoeringsorganisaties zijn afspraken gemaakt over hoe het onvermijdelijke afbouwproces wordt gefaciliteerd.

#### *Toezicht op de 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. De rechtmatigheid van de PUR wordt in belangrijke mate gewaarborgd door goede controle door de externe accountant van de PUR. Richtlijnen voor die controle verstrekken wij in het zogenoemde controleprotocol. Het geactualiseerde protocol is met ingang van 2003 van kracht geworden. Goede informatievoorziening is cruciaal om goed toezicht te kunnen houden. Daarom zijn de afspraken met de PUR hierover in 2002 geactualiseerd en is in 2003 voorzien in de bouw van een elektronisch monitoring-systeem op basis van kengetallen. Hierdoor zullen vooral ook de doelmatigheid en effectiviteit op een goede wijze gevolgd kunnen worden.

Tabel 36.4 toont dat de trend in het aantal eerste aanvragen en vervolgaanvragen bij Wuv en Wubo dat binnen de wettelijke termijn wordt afgehandeld, de laatste jaren nagenoeg constant of stijgend is. Dat wil zeggen dat verreweg de meeste van de aanvragen binnen de wettelijke termijn kunnen worden afgehandeld. De verkorting van de behandeltermijnen blijft een punt van aandacht waarbij snelheid en zorgvuldigheid goed tegen elkaar dienen te worden afgewogen. Als de termijnen worden overschreden, wordt dat bijna altijd veroorzaakt door vertragingen bij (externe) gegevensleveranciers.



**Tabel 36.4: Gerealiseerde behandeltermijnen wetsuitvoering PUR**

Periode van ontvangst	Binnen (verlengde) wettelijke termijn (in %)		
	Wuv	Wubo	Wetten bp (Wbp/Wbp-z/Wiv)
Eerste aanvragen			
2000	70	66	97
2001	68	69	96
Vervolgaanvragen			
2000	70	69	99
2001	75	77	100
2002 (voorlopig)	81	78	97
Bezwaarschriften			
2000	83	77	94
2001	83	78	91

Bron: PUR; juni 2003

Uit tabel 36.5 blijkt dat de apparaatskosten van de PUR en het totaal van de pensioenen en uitkeringen geleidelijk dalen. De apparaatskosten in procenten van de totale pensioenen en uitkeringen laten een lichte stijging zien. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de toenemende afbouwkosten van de PUR. Daarnaast bevat de begroting van de PUR kostenposten met een semi-vast karakter, zoals bestuurskosten en accountantskosten, die niet in dezelfde mate afnemen als het totaal van de pensioenen en uitkeringen.

**Tabel 36.5: Apparaatkosten PUR in % van de pensioenen en uitkeringen (bedragen x € 1 miljoen)**

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
		Realisatie	Begroting	Begroting	Raming	Raming	Raming	Raming
1	Wuv	13 185	11 399	10 618	10 023	9 441	8 979	8 538
2	Wubo	10 286	9 730	9 486	9 278	9 045	8 895	8 721
3	Wbp	2 326	2 107	2 006	1 893	1 780	1 691	1 601
4	Subtotaal	25 797	23 236	22 110	21 194	20 266	19 565	18 860
5	Kosten derden	4 829	4 703	4 568	4 426	4 287	4 182	4 082
6	Projecten/afbouw*	935	1 220	1 566	1 620	1 706	1 725	1 817
7	Overige kosten	1 128	1 104	1 092	1 082	1 070	1 065	1 060
8	Totaal Apparaatkosten	32 689	30 263	29 336	28 322	27 329	26 537	25 819
9	Pensioenen/uitkeringen	386 200	358 200	341 100	322 300	302 500	283 200	264 700
10	(8) in % van (9)	8,46%	8,45%	8,60%	8,79%	9,03%	9,37%	9,75%
11	(4) in % van (9)	6,68%	6,49%	6,48 %	6,58%	6,70%	6,91%	7,13%

\* Afbouwkosten van de PUR (kosten sociaal plan, etc.) Bron: PUR, juni 2003

### 36.2.2 Herinneringsplekken onderhouden, manifestaties doen plaatsvinden en voorlichting bieden aan jongeren

#### Beleidseffecten

Hoewel WOII en de Bersiap-tijd in Nederlands-Indië al lange tijd achter ons liggen, vindt het merendeel van de Nederlandse bevolking dat de Nationale Herdenking van de Gevallen en op 4 mei en de viering van de bevrijding op 5 mei en op 15 augustus moeten worden voortgezet. Onderzoek van het Nationaal Comité 4 en 5 mei (Nationaal vrijheids-onderzoek 2003) onder de Nederlandse bevolking bevestigt dit: 78 c.q. 71% van de ondervraagden vindt het (heel) belangrijk dat de oorlogs-

slachtoffers worden herdacht op 4 mei en dat de bevrijding wordt gevierd op 5 mei. Dit geldt voor alle geledingen van de samenleving. Het allergrootste belang hechten de ouderen aan deze dagen. Het belang neemt wat af naarmate de ondervraagden jonger zijn.

Bij genoemde manifestaties staat het respect voor de slachtoffers van toen centraal. Ze zijn echter ook bedoeld als waarschuwing tegen actuele vormen van racisme, discriminatie en intolerantie. Vooral de jeugd moet gewezen worden op de gevaren van vormen van (politiek) extremisme. Een respectvolle houding tegenover de slachtoffers van WOII en de Bersiap-tijd in Nederlands-Indië bevorderen en politiek bewustzijn ontwikkelen bij jongeren over de gevaren van (politiek) extremisme, zijn echter complexe vraagstukken, waarbij talloze individuele en maatschappelijke factoren een rol spelen. In 2003 zal worden onderzocht hoe de effectiviteit kan worden gemeten van jeugdvoorlichting in relatie tot het heden. Uit een evaluatie van jeugdvoorlichtingsprojecten over de periode 1998–2001 kwam naar voren dat er onvoldoende aanbod is van voorlichting aan bepaalde categorieën (laaggeschoolde) jongeren. Via een website van het ministerie zal de subsidieregeling jeugdvoorlichting nadrukkelijker onder de aandacht worden gebracht van producenten die te maken hebben met deze categorieën. In 2006 vindt de volgende evaluatie van het projectenbeleid jeugdvoorlichting WOII-heden plaats. Voor 2004 staat een evaluatie van de vier nationale herinneringscentra gepland en voor 2005 een evaluatie van het Nationaal Comité 4 en 5 mei.

### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Op het gebied van «herdenken en vieren» stellen wij door subsidies te verlenen verschillende organisaties in staat om een jaarlijkse herdenking en viering te organiseren of een herinneringscentrum in stand te houden. Op die manier zijn wij systeemverantwoordelijk.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### *Subsidies*

- Nationale manifestaties: naast een subsidie aan het Nationaal Comité 4 en 5 mei, worden in het kader van het beleid «herdenken en vieren» subsidies verstrekt aan de Stichting 15 augustus 1945 en aan het Nationaal Comité herdenking capitulatie 1945 Wageningen.
- Projectenbeleid Jeugdvoorlichting WOII-heden: een externe adviescommissie «Jeugdvoorlichting WOII-heden» adviseert over te subsidiëren projecten. Het beleid richt zich erop het bereik en de effectiviteit van de voorlichting te vergroten. Daarbij wordt speciale aandacht besteed aan de diverse categorieën jongeren en aan een multiculturele samenleving.
- Herinneringscentra: in het kader van het brede voorlichtingsbeleid over de gebeurtenissen tijdens WOII worden instellingssubsidies verstrekt aan het Nationaal Monument Kamp Westerbork, het Nationaal Monument Kamp Vught, het Nationaal Monument Kamp Amersfoort en aan het Indisch Herinneringscentrum in Den Haag.

### **36.2.3 Activiteiten uitvoeren of coördineren die voortvloeien uit kabinetsbesluiten over het thema «Tegoeden Tweede Wereldoorlog», en voorwaarden scheppen van internationale samenwerking voor educatie over, herinnering aan en onderzoek naar de holocaust**

#### **Beleidseffecten**

Het onderwerp «Tegoeden Tweede Wereldoorlog» staat al geruime tijd in de belangstelling. Uit de publieke en politieke aandacht hiervoor vloeit een aantal activiteiten voort die sinds 1 mei 1998 door ons worden uitgevoerd of gecoördineerd en die gericht zijn op het rechtsherstel na de Tweede Wereldoorlog. Te denken valt aan het verder versterken van de infrastructuur en mede daardoor van de eigen identiteit van de verscheidene gemeenschappen en het doen van onderzoek om de nog bestaande leemtes in de geschiedschrijving op te vullen. Belangrijk zijn ook de internationale activiteiten in het kader van herdenken, vieren en leren als uitvloeisel van de wereldwijde aandacht voor de materiële aspecten van roof en recuperatie. Nederland draagt daarbij haar eigen diepgewortelde historie rondom de aspecten herdenken, vieren en leren uit.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

De uitvoering van de kabinetsbesluiten rondom het naoorlogs rechtsherstel en het versterken van de infrastructuur van de Sinti- en Romagemeenschap en de Indische gemeenschap is grotendeels opgedragen aan de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma en aan de Stichting Het Gebaar voor de Indische gemeenschap. Wij zijn verantwoordelijk voor het toezicht en de financiering van deze stichtingen.

Verder geven wij invulling aan deze doelstelling door subsidiëring en onderzoek. Hiervoor zijn wij systeemverantwoordelijk.

Naast de noodzaak om de holocaust blijvend te herdenken en te onderzoeken, is ook educatie van groot belang. Nederland draagt door deelname aan een internationale Taskforce bij aan internationale samenwerking en overdracht van expertise op dit terrein. Wij zijn verantwoordelijk voor de Nederlandse bijdrage aan de activiteiten van de Taskforce.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### *Subsidies*

Ook in 2004 subsidiëren wij het centrum voor Holocaust en Genocide Studies en de daaraan verbonden leerstoel. In 2007 zal een onafhankelijke commissie een tussentijdse evaluatie uitvoeren om te bezien of het wenselijk is dat het centrum en de leerstoel worden gecontinueerd.

##### *Onderzoek*

Er wordt onderzoek verricht naar:

- De sociale en economische gevolgen van de Japanse bezetting en de daarop volgende Bersiap- en revolutietijd, met daarin verweven het naoorlogs rechtsherstel.
- De positie van homoseksuelen voorafgaand, tijdens en kort na de Tweede Wereldoorlog.

### Handhaving

Wij houden toezicht op de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma en de Stichting Het Gebaar. Het toezichtinstrumentarium is vastgelegd in de statuten en uitkeringsreglementen van de stichtingen.

Het gaat hierbij om projecten, die naar hun aard eindig zijn. De stichtingen geven uitvoering aan de kabinetsbesluiten om individuele uitkeringen ter beschikking te stellen en collectieve doelen te realiseren aan c.q. ten behoeve van de Indische gemeenschap en de Sinti- en Roma-gemeenschap. Zodra dit is afgerond zal de financieringsrelatie tussen het rijk en de genoemde stichtingen worden beëindigd.

### Projecten in internationaal verband

Ook in 2004 nemen wij deel aan de Taskforce for International Cooperation on Holocaust Education, Remembrance and Research (ITF-Holocaust).

## 36.3. Budgettaire gevolgen van beleid

### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>472 700</b>	<b>421 551</b>	<b>395 708</b>	<b>373 605</b>	<b>353 809</b>	<b>332 458</b>	<b>328 840</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>473 039</b>	<b>423 859</b>	<b>397 360</b>	<b>375 239</b>	<b>353 948</b>	<b>332 458</b>	<b>328 840</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>471 576</b>	<b>422 389</b>	<b>396 167</b>	<b>374 126</b>	<b>352 895</b>	<b>331 399</b>	<b>327 776</b>
Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen	432 159	407 880	387 240	366 171	345 712	324 265	320 642
<i>waarvan bijdragen aan ZBO's</i>	34 083	34 987	32 749	30 608	29 995	28 612	28 617
Herdenken en vieren gebeurtenissen WOII	5 277	5 923	4 637	4 638	4 638	4 638	4 638
Activiteiten thema «Tegoeeden WOII»	34 140	8 586	4 290	3 317	2 545	2 496	2 496
<i>waarvan bijdragen aan ZBO's</i>	11 457	5 511	3 458	1 857	1 151	894	0
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>1 462</b>	<b>1 470</b>	<b>1 193</b>	<b>1 113</b>	<b>1 053</b>	<b>1 059</b>	<b>1 064</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>1 186</b>	<b>2 928</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004	2005	2006	2007	2008
1. Totaal geraamde kasuitgaven	397 360	375 239	353 948	332 458	328 840
2. Waarvan apparaatsuitgaven	1 193	1 113	1 053	1 059	1 064
3. Dus programma-uitgaven	396 167	374 126	352 895	331 399	327 776
Waarvan op 1 januari 2004					
4. Juridisch verplicht	97% 385 133	97% 362 998	96% 340 031	97% 320 110	97% 316 632
5. Bestuurlijk gebonden	3% 11 034	3% 11 128	4% 12 864	3% 11 289	3% 11 144
6. Beleidsmatig gereserveerd	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0
8. Totaal	100% 396 167	100% 374 126	100% 352 895	100% 331 399	100% 327 776

Door het karakter van de pensioen- en uitkeringswetten en omdat het recht op een uitkering of pensioen in deze wetten is vastgelegd, hebben de uitgaven hieraan een (juridisch) verplicht karakter. Dit geldt ook voor de apparaatskosten van de PUR en de gelden verbonden aan de operationele doelstelling van paragraaf 36.2.3. De bestuurlijk gebonden uitgaven

zijn de structurele subsidies die zijn opgenomen onder de operationele doelstellingen 36.2.1 en 36.2.2, bijvoorbeeld subsidies aan begeleidende instellingen en herinneringscentra.

#### 36.4 VBTB-paragraaf

Het cijfermateriaal in de tabellen 36.2 en 36.4 is uitgebreid en verbeterd ten opzichte van 2003. Zo wordt in tabel 36.2 in het vervolg een onderscheid gemaakt in het aantal uitkerings- en pensioengerechtigden en het gemiddelde aantal betaalbare uitkeringen c.q. pensioenen. Ook worden de bedragen die gemoeid zijn met de bijzondere voorzieningen bij de Wubo en de Wuv apart weergegeven. Verder zijn de cijfers met betrekking tot de AOR-regeling meer realistisch geraamd met name op het punt van de toewijzingspercentages en de eerste aanvragen.

In tabel 36.4 geven de apparaatskosten van de PUR door de andere structuur beter inzicht en zijn deze meer in overeenstemming met de informatie die de PUR levert in haar publicatie «Kort bestek».

Voor gegevens over het belang van 4 en 5 mei kan de komende jaren gebruik gemaakt worden van het Nationaal vrijheidsonderzoek dat in opdracht van het Nationaal Comité 4 en 5 mei jaarlijks wordt gehouden. Het onderzoek naar een verbetering van de effectmeting van de projecten jeugdvoorlichting zal naar verwachting in 2003 worden gestart.

Met de door ons gesubsidieerde instellingen die zich bezighouden met het maatschappelijk werk zijn in 2002 afspraken over de informatievoorziening gemaakt die in 2003 en volgende jaren vruchten moeten afwerpen. Op het terrein van de sociale dienstverlening streven we naar soortgelijke afspraken in 2003.

De tabel hierna geeft een overzicht van de voorgenomen evaluaties op het beleidsterrein van verzetsdeelnemers, vervolgd en burger-oorlogsgetroffenen. Het is een samenvatting van evaluatieonderwerpen en de geplande uitvoeringstermijn daarvan.

**Tabel 36.6: Overzicht voorgenomen evaluaties**

Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie herinneringscentra	2004
Evaluatie subsidiesystematiek immateriële hulpverlening	2004
Evaluatie kostprijsmodel PUR	2004
Evaluatie Nationaal Comité 4 en 5 mei	2005
Evaluatie Tijdelijke Vergoedingsregeling Psychotherapie	2005
Evaluatie doeltreffendheid/doelmatigheid PUR	2005
Evaluatie protocol afbouw PUR	2005
Evaluatie van het projectenbeleid jeugdvoorlichting	
WOII – heden	2006
Evaluatie leerstoel Holocaust en Genocide Studies	2007

## BELEIDSARTIKEL 37 – INSPECTIES

### 37.a Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

#### 37.a.1 Algemene beleidsdoelstelling

##### **Toezien op de gezondheidszorg en de staat van de volksgezondheid**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft als doel door middel van toezicht de burger een grote mate van zekerheid te bieden op kwalitatief verantwoorde en veilige zorg, waarbij de rechten van de patiënt worden gerespecteerd. Daarnaast heeft de IGZ als doel de volksgezondheid te bevorderen. Aan deze taken wordt door verschillende wetten inhoud en richting gegeven.

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen de minister en de IGZ is geregeld in de Gezondheidswet. De IGZ heeft een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de inhoud en wijze van het toezicht, maar valt wel onder de ministeriële verantwoordelijkheid. Dit geldt voor alle operationele doelstellingen.

Het meerjarenplan (MJP) van de IGZ vormt de schakel tussen de algemene beleidsdoelstelling en het jaarwerkplan, waarin de activiteiten zijn vastgelegd die de inspectie jaarlijks uitvoert. De uitgangspunten van het MJP 2003–2006 zijn: *risicobeperking als leidend beginsel, modernisering van het toezichtinstrumentarium, samenwerking met anderen en resultaatgerichte en toetsbare inzet*.

In dit MJP worden de taken van de IGZ die voortvloeien uit wetten regelgeving vertaald in vier hoofddomeinen: toezicht op volksgezondheid, toezicht op patiëntenrechten, toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg en toezicht op productie en distributie van genees- en hulpmiddelen. Deze domeinen zijn uitgewerkt naar aard en intensiteit van toezicht. De prioritering van de toezichtactiviteiten is gebaseerd op een risico-inschatting (de kans op ernstige gezondheidsschade).

De huidige planperiode staat in het teken van de implementatie van het rapport van de commissie-Abeln en het «VBTB-proof» maken van de IGZ. Twee aspecten zijn daarbij van bijzonder belang:

- Het ontwikkelen van een expliciet, *datadriven* risicomodel als basis voor de inzet van de inspectiecapaciteit. Met ondersteuning van het RIVM ontwikkelt de IGZ een gevalideerd risicomodel. Dit model leidt tot een eerste ordening van risico's op basis van de ervaringskennis van inspecteurs. In de periode tot 2005 wordt het risicomodel verder ontwikkeld, waarbij data worden geanalyseerd, modellen en vragenlijsten worden ontwikkeld en getest.
- Het invoeren van het «gefaseerde toezicht» als modernisering van het algemeen toezicht. Hierbij wordt het steekproefsgewijze algemeen toezicht omgebouwd naar een systeem waarbij instellingen worden benaderd met een vragenlijst. De antwoorden van de instellingen op deze vragenlijst worden beoordeeld en slecht scorende, mogelijk risicovolle organisaties worden vervolgens «on the spot» nader onderzocht.

In 2003 zijn in bepaalde sectoren zorginstellingen benaderd met een «proefvragenlijst». Nadat deze werkwijze is geëvalueerd, zal in 2004 daadwerkelijk gestart worden met dit gefaseerde toezicht.

## 37.a.2 Operationele beleidsdoelstellingen

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

#### **Beleidseffecten**

Het uitvoeren van toezicht gebeurt in een aantal stappen: het verzamelen van informatie, oordeelsvorming in de vorm van toetsing aan gestelde eisen, rapportage en daarna het eventueel interveniëren op basis van het gevormde oordeel.

Effectief toezicht en opsporing op het gebied van gezondheidszorg en volksgezondheid zijn alleen mogelijk als de toezichthouder over voldoende kennis van het inspectie terrein beschikt. Daarvoor maakt de IGZ gebruik van diverse bronnen. Allereerst wordt kennis verkregen uit het feitelijk uitvoeren van de toezichtactiviteiten zelf: dit levert informatie en inzicht in de gezondheidszorg en volksgezondheid. Een andere belangrijke bron vormt de informatie van burgers, beroepsbeoefenaren en anderen die gevaarlijke en ongewenste situaties melden. De informatie uit deze meldingen wordt geanalyseerd op onder andere trendmatige ontwikkelingen. Met ingang van 2004 worden deze meldingen vastgelegd met behulp van een daartoe ontwikkeld systeem. Een laatste belangrijke bron vormen de reguliere contacten van de IGZ met organisaties uit het zorgveld, andere inspectiediensten, beleidsdirecties van VWS en onderzoeksinstituten. IGZ maakt gebruik van onderzoek bij het RIVM. Het betreft drie onderzoeksprogramma's: Onderzoek en Verkenningen van volksgezondheid en zorg, Infectieziekten en Geneesmiddelen en Medische technologie.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### *Algemeen toezicht*

Een algemeen toezichtbezoek is objectgericht (instelling, beroepsbeoefenaar, etc.) en kent een planning op middellange termijn. Daarbij wordt ieder jaar een deel van de te inspecteren objecten bezocht. Het eerdergenoemde «gefaseerd toezicht» verandert deze werkwijze van objectgericht in risicogericht. Dat wil zeggen dat de mate van risico bepalend wordt voor een toezichtbezoek. Daarnaast zal een percentage van de overige objecten ter controle worden bezocht.

##### *Thematisch toezicht*

Als uit signalen of algemeen toezicht naar voren komt dat zich op een specifiek terrein bijzondere risico's voordoen, dan is thematisch toezicht de meest geëigende toezichtvorm. Hierbij is doorgaans sprake van een steekproefsgewijze aanpak om over een bepaald aspect (thema) een oordeel te vormen.

##### *Interventietoezicht*

Tot interventietoezicht wordt besloten als de kwaliteit van zorg ernstig in het geding lijkt. Interventietoezicht moet altijd kort nadat hierover signalen zijn ontvangen uitgevoerd worden.

De toezichtactiviteiten worden nader gespecificeerd door middel van een geautomatiseerd systeem van productieregistratie. Deze productieregistratie levert managementinformatie om de uitvoering van het jaarwerkplan te bewaken en (de planning van) het primaire proces te sturen. De huidige methodiek van de productieregistratie wordt in 2004 geëvalueerd.

In tabel 37.a.1 is de totale IGZ-productie weergegeven op basis van toezichtactiviteiten.

<b>Tabel 37.a.1: Productie IGZ</b>			
	Realisatie 2002	Raming 2003	Raming 2004
<i>Algemeen toezicht:</i>			
Algemeen toezicht en quick scans	2 333	2 200	2 200
<i>Interventietoezicht:</i>			
Rapportages over meldingen en calamiteiten	26 722	29 000	29 000
Rapportages (w.o. Thematisch toezicht)	23	70	70
Langlopende activiteiten		14	14
Totaal	29 078	31 284	31 284

Bron: realisatie 2002: IGZ-productieregistratie

De raming van de productie is gebaseerd op de realisatie van voorgaande jaren, de beschikbare mankracht en het gemiddelde tijdsbeslag per activiteit.

Samenhangende thematisch gerichte inspectieactiviteiten worden zo veel mogelijk ondergebracht binnen het raamwerk van één inspectieprogramma. Dit leidt ertoe dat capaciteit en specifieke kennis effectiever kunnen worden ingezet. Deze thematische rapportages nemen veel tijd in beslag en zullen in aantal toenemen.

De (iets) lagere raming voor algemene toezichtbezoeken in 2003 en 2004 wordt veroorzaakt doordat deze bezoeken, als ze plaatsvinden in het kader van een thematisch onderzoek, niet langer worden meegeteld bij het algemeen toezicht, maar nu deel uitmaken van de thematische rapportages.

De rapportages over meldingen en calamiteiten omvatten de afhandeling van meldingen en calamiteiten in het algemeen, de afhandeling van BOPZ-meldingen (bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen), de meldingen van bijwerkingen van geneesmiddelen en de meldingen van klinisch onderzoek naar medische hulpmiddelen. De overige rapportages omvatten thematische rapporten en geaggregeerde rapportages uit algemeen toezicht en uit crisis- of interventietoezicht. Langlopende activiteiten zijn met ingang van 2003 apart zichtbaar gemaakt. Het betreft onder andere de registratie en de handhaving van de infectieziekten en de coördinatie van het Rijksvaccinatieprogramma.

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

#### **Beleidseffecten**

Adviseren is van oudsher een kerntaak van de inspectie. De toezichtactiviteiten leveren informatie op over de kwaliteit van de geleverde zorg, de samenhang binnen de zorg (ketenbenadering) en de wijze waarop de kwaliteit wordt bewaakt. Wet- en regelgeving of veldstandaarden vormen het toetsingskader.

Bij advisering aan de minister en anderen gaat het om standpunten en oordelen over de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en over de veiligheid van producten. Dit levert input voor beleid van het departement en daarmee een wezenlijke bijdrage aan de beleidscyclus van VWS. Daarnaast is het werk van de IGZ erop gericht het gezondheidszorgveld in



den brede te informeren. Ook adviseert de IGZ belanghebbende «derden» als gemeenten, provincies en (landelijke) organisaties die mede beleid ontwikkelen op het terrein van de volksgezondheid. Behalve adviezen verstrekt de IGZ ook vergunningen, certificaten en im- en exportverklaringen voor genees- en hulpmiddelen.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

- Het uitbrengen van adviezen (aan de minister, beroepsgroepen, burgers en naar aanleiding van BOPZ-activiteiten) en IGZ-circulaires (bijv. over SARS).
- Het verstrekken van verklaringen en certificaten (zoals exportcertificaten voor genees- en hulpmiddelen, import- en exportverklaringen op basis van de Opiumwet, vergunningen Kernenergie-wet, toestemming voor invoer van ongeregistreerde geneesmiddelen, inschrijvingen BIG-register, etc.).

Het aantal verklaringen en adviezen kan sterk variëren en is dus moeilijk te voorspellen. De ramingen 2003–2004 zijn gebaseerd op het aantal aanvragen uit eerdere jaren. De IGZ verwacht met ingang van 2003 een structurele afname van de afgifte van verklaringen en certificaten, omdat uit prioriteitsoogpunt apothekersassistenten niet langer in het BIG-register worden ingeschreven.

<b>Tabel 37.a.2: Productie IGZ (verklaringen, certificaten en adviezen)</b>			
	Realisatie 2002	Raming 2003	Raming 2004
Verklaringen en certificaten	16 720	9 000	9 000
Overige toezichtactiviteiten	386	340	340
Adviezen en richtlijnen	6 671	8 200	8 200
Totaal	23 777	17 540	17 540

Bron: realisatie 2002: IGZ-productieregistratie

### **37.a.2.3 Inzicht verkrijgen en verschaffen in de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan**

#### **Beleids effecten**

Jaarlijks publiceert de IGZ een samenvattende rapportage over een inspectiebreed thema: de zogenoemde Staat van de Gezondheidszorg (SGZ). In deze rapportage wordt de nadruk gelegd op een dreigende minimum of onvoldoende kwaliteit van zorg op basis van de resultaten van eigen inspectieactiviteiten. De kwaliteit van de zorg speelt op alle te onderscheiden zorgterreinen. De inzichten uit de IGZ-onderzoeken zijn daarom mede bepalend voor eventuele beleidsaanpassingen. In 2003 verschijnt een thematische rapportage over ketenzorg bij chronisch zieken en in 2004 wordt een rapportage gepubliceerd over toepassing van medische en farmaceutische technologie. Naast de SGZ publiceert de IGZ in toenemende mate samenvattende rapportages over minder brede onderwerpen, de zogenoemde kortschriften. Mede vanuit de aanbevelingen van de commissie-Abeln over de IGZ als «public service» is een afdeling Voorlichting en Communicatie opgericht en een website voor het publiek opengesteld ([www.IGZ.nl](http://www.IGZ.nl)).

### Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

- Publicatie van de Staat van de Gezondheidszorg.
- Het uitbrengen van IGZ-rapporten, -circulaires en -bulletins.
- Landelijke voorlichtingsacties.
- Het onderhouden van een website.

#### 37.a.3 VBTB-paragraaf

De IGZ heeft ervoor gekozen om met behulp van het INK-managementmodel (Instituut Nederlandse Kwaliteit) een meer resultaatgerichte toezichthouder te worden. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van een onderzoek dat het ministerie van Financiën in mei 2003 naar de resultaatgerichtheid van IGZ heeft uitgevoerd. Deze uitkomsten zullen in de komende periode geïmplementeerd worden. Daarnaast zal een in 2003 opgesteld Ondernemingsplan geïmplementeerd worden waarin de condities voor resultaatgericht toezicht zijn uitgeschreven. In de periode 2004–2006 zal het meer moeten gaan om effecten en daadwerkelijke resultaten van IGZ-activiteiten (outcome), dan om inputbegroting en resultaten gemeten in output.

De IGZ legt vast op welke risicoterreinen en met de inzet van welke middelen zij resultaten wil realiseren. Daartoe zijn vier hoofddomeinen onderscheiden die weer zijn onderverdeeld in vijftien subdomeinen. Binnen deze subdomeinen zijn concrete resultaatgebieden benoemd. Deze resultaatgebieden zijn gebaseerd op een vaststelling van de belangrijkste risico's (het zogenoemde risicoprofiel) en het, volgens de IGZ gewenste, niveau van kwaliteit en veiligheid per 2006.

De inspectie maakt in dit proces keuzes en moet prioriteiten stellen. Leidraad daarbij is de mate van risico: voor de burger, de patiënt of de cliënt. Per gewenst resultaat wordt in kaart gebracht welke reële interventiemogelijkheden er zijn en per interventiemogelijkheid wordt zichtbaar gemaakt welk beslag dat legt op de beschikbare capaciteit. In het werkplan van de IGZ zullen deze resultaten verder worden uitgewerkt.

**Tabel 37.a.3: Evaluatieprogrammering 2004–2006**

Algemene doelstelling	Onderzoek	Geplande uitvoering
Evaluatie van het toezichtarrangement	Evaluatie toezichtarrangement	2004
Het toetsen en zonodig verbeteren van de methodiek van de IGZ-productieregistratie	De huidige methodiek van de productieregistratie wordt in 2004 geëvalueerd. Dit houdt in het toetsen van de validiteit en de consistentie van de verzamelde gegevens en het zonodig verbeteren van de gehanteerde methodiek.	2004

## **37.b Inspectie Jeugdzorg**

### **37.b.1 Algemene beleidsdoelstelling**

#### **Toezien op de kwaliteit van de jeugdzorg om de effectiviteit van de jeugdzorg te vergroten**

De Inspectie Jeugdzorg houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg: de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, de justitiële jeugdinrichtingen, de vergunninghouders interlandelijke adoptie en de opvang van alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's). 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 VN-verdrag (Verenigde Naties) van de Rechten van het Kind. Met toezicht wordt hier bedoeld: «informatie verzamelen over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, daarna een oordeel daarover en vervolgens naar aanleiding daarvan eventueel interveniëren» (kaderstellende kabinetsvisie op toezicht). Doel van het toezicht van de Inspectie Jeugdzorg is een beter beleid van overheid en betere uitvoering door instellingen mogelijk te maken, en als gevolg daarvan de effectiviteit van de zorg te vergroten. De inspectie levert gegevens op landelijk niveau aan bewindslieden van VWS en Justitie over de werking van het stelsel en systeem van de jeugdzorg, de risico's daarbinnen en de effecten van het beleid.

Om de kwaliteit van het toezicht te verbeteren en meer toezicht uit te voeren heeft de inspectie de beschikking gekregen over extra middelen uit het Hoofdlijnenakkoord.

Per 1 januari 2004 treedt namelijk de Wet op de jeugdzorg in werking. Deze wet heeft aanzienlijke consequenties voor het werk van de inspectie. In deze wet zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden (die ook voor toezicht grote consequenties hebben) namelijk opnieuw verdeeld, waarbij de inspectie de mogelijkheid krijgt een «bevel» te geven en de toezicht-taken worden uitgebreid. Bovendien wordt de naam van de inspectie gewijzigd van Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming in Inspectie Jeugdzorg. Tezamen met de kritiek van de Algemene Rekenkamer op het functioneren van de inspectie en de opdracht om te gaan werken conform de uitgangspunten van de kabinetsvisie op toezicht, hebben deze ontwikkelingen geleid tot een organisatieveranderingstraject. Kernbegrippen bij het vormgeven van de nieuwe organisatie zijn effectiviteit, resultaatgerichtheid en transparantie.

### **37.b.2 Operationele beleidsdoelstellingen**

#### **37.b.2.1 De kwaliteit van de jeugdzorg bevorderen door onderzoek naar kwaliteit en toezicht op het naleven van de geldende wetten**

##### **Beleidseffecten**

De inspectie levert informatie over de reguliere zorg en de aanpak van incidenten en calamiteiten, en maakt afspraken met overheden en instellingen over borging en verbetering van het kwaliteitsbeleid en concrete verbetermaatregelen en over de wijze waarop zal worden toegezien op de realisatie van die afspraken. De overheden, de risico's voor de jeugdigen en de signalen die de inspectie opvangt bepalen welke toezichtactiviteiten prioriteit krijgen. Per 1 januari 2004 treedt de Wet op de jeugdzorg in werking. De provincies en grootstedelijke regio's krijgen

hierdoor een sterkere rol toebedeeld, het terrein van toezicht wordt op enkele punten uitgebreid, en de inspectie krijgt de mogelijkheid een bevel te geven. Daarnaast kan de inspectie interveniëren via aanbevelingen, subsidiegever(s) informeren en verbeterafspraken bevorderen. Of deze activiteiten daadwerkelijk tot verbetering leiden kan worden bepaald door hertoetsen (een vorm van evaluatieonderzoek), waarover ook afspraken worden gemaakt.

De inspectie beoogt het volgende:

- In 100% van de rapporten worden aanbevelingen ter verbetering gedaan.
- Bij 25% van de onderzochte instellingen zijn concrete en meetbare afspraken gemaakt over kwaliteitsverbetering. Dit percentage loopt op tot 75% in 2006. In geval van calamiteiten worden met 100% van de instellingen verbeterafspraken gemaakt.
- Met iedere instelling waarmee verbeterafspraken zijn gemaakt wordt een afspraak voor een «hertoets» (op de werking van de verbeteringen) gemaakt.
- In 100% van de aangetroffen urgente situaties geeft de inspectie een bevel.

In 2003 is de inspectie begonnen de aanbevelingen systematischer in haar toezichtrapporten op te nemen. Dat geldt ook voor afspraken over verbetermaatregelen met instellingen en overheden. Dit jaar zal de inspectie ook een nulmeting uitvoeren op deze drie punten. Op basis hiervan zal in de volgende begroting een kwantitatieve raming van prestatie-indicatoren en streefwaarden worden toegevoegd.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

De instellingen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en de borging daarvan in kwaliteitssystemen. De inspectie is ervoor verantwoordelijk te onderzoeken in welke mate de instelling voldoet aan de normen die voortvloeien uit wet- en regelgeving, overheidsbeleid, het kwaliteitsbeleid van de sector en de eigen kwaliteitsnormen. De inspectie informeert instellingen daarover en gaat na hoe de instelling afwijkingen van die normen kan repareren. Op basis van deze informatie kunnen de minister van Justitie en wij onze systeemverantwoordelijkheid voor de jeugdzorg invullen.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

In het jaarwerkprogramma 2004 zal worden aangegeven welke concrete onderzoeken de inspectie zal uitvoeren. Het betreft onderzoeken in de volgende categorieën:

- Algemeen (gepland) toezicht op de naleving van wet- en regelgeving. De prioritering van de toezichtvoornemens vindt plaats in het jaarwerkplan 2004 en is gebaseerd op risicoanalyses en beleidsmatige wensen van de diverse overheden. Het toezicht leidt tot onderzoeksrapporten op instellings-, provinciaal en landelijk niveau. Naar verwachting zal de inspectie rapporteren over drie algemene landelijke thema's. Daarnaast is er ruimte voor vijftien onderzoeken op verzoek van de provincies.
- Onderzoek naar aanleiding van incidenten en calamiteiten (niet gepland toezicht). Deze vorm van toezicht is onder te verdelen in toezicht als reactie op meldingen en toezicht naar aanleiding van incidenten. Meldingen kunnen worden afgehandeld door contact met instellingen (leidend tot verbeterafspraken) of anderszins (doorverwijzing melder of geen verdere actie). Voor niet gepland toezicht is 15%

van de capaciteit ingeruimd; het feitelijke aantal onderzoeken is afhankelijk van de mate waarin zich calamiteiten en dergelijke voordoen. De raming is gebaseerd op een extrapolatie van ervaringsgegevens uit het verleden.

**Tabel 37.b.1: Output- of prestatiegegevens per instrument**

	Realisatie 2002	Raming 2003	Raming 2004	Raming 2005	Raming 2006	Raming 2007	Raming 2008
Landelijke onderzoeken	0	4	3	3	3	3	3
Provinciale onderzoeken	22	15	15	15	15	15	15
Instellingsrapporten voor landelijke en provinciale onderzoeken	52	ntb*	ntb*	Ntb*	ntb*	ntb*	ntb*
Onderzoek n.a.v. meldingen/incidenten	15	15	15	15	15	15	15
Anders afgehandelde meldingen/incidenten	94	95	100	100	100	100	100

Bron: jaarverslag IJHVJB 2002 en jaarwerkplan IJHVJB 2003 (CIPI 3)

NB: De cijfers 2005 e.v. zijn indicatief

\* ntb= nader te bepalen

### **37.b.2.2 De bewindslieden van VWS en Justitie, gedeputeerden van provincies en grootstedelijke regio's adviseren en informeren over de kwaliteit van het stelsel, op verzoek of uit eigen beweging**

#### **Beleidseffecten**

Toezicht heeft een belangrijke functie in de beleidscyclus. Op grond van toezichtbevindingen voorziet de inspectie het beleid van adequate informatie (in de vorm van standpunten en verbetervoorstellen) op basis waarvan beleidsaanpassingen mogelijk zijn en meer concrete beleidsdoelstellingen kunnen worden geformuleerd.

Daarnaast geeft de inspectie advies over de toetsbaarheid en uitvoerbaarheid van de beleidsvoorstellen voor wet- en regelgeving. Daarbij ligt de prioriteit bij voorstellen ter uitwerking van de Wet op de jeugdzorg. Deze adviezen zijn bedoeld voor de ministers van VWS en Justitie, en voor de bestuurders van provincies en grootstedelijke gebieden. Het gewenste effect van de adviezen is het stelsel van jeugdzorg optimaal te laten functioneren.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

De minister van Justitie en wij, alsmede de bestuurders van de grootstedelijke regio's en provincies, zijn verantwoordelijk voor beleid en financiering; de inspectie is verantwoordelijk voor het gevraagd en zo nodig ongevroegd informeren en adviseren van de overheden over de werking van het systeem, de risico's en de beleidseffecten.

### Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Gevraagde en ongevraagde beleidsadviezen (aantal afhankelijk van de vraag), uitgesplitst naar rijk en provincies.

Tabel 37.b.2: Output- of prestatiegegevens per instrument

	Realisatie 2002	Raming 2003	Raming 2004	Raming 2005	Raming 2006	Raming 2007	Raming 2008
gevraagde beleidsadviezen	5	Niet te ramen					
Ongevraagde beleidsadviezen	5	5	8	10	10	10	10

Bron: jaarverslag IJHVJB 2002.

### 37.c.3 VBTB-paragraaf

De inspectie moet toetsen of haar aanbevelingen en verbetervoorstellen ook uitgevoerd worden en volgt daarom actief of overheden die beleidsadviezen en aanbevelingen overnemen. In het jaarverslag rapporteert de inspectie hierover. Apart vervolgonderzoek is nodig om te bepalen of deze (overgenomen) aanbevelingen de kwaliteit van de zorg daadwerkelijk verbeteren. Bij de totstandkoming van het meerjarenplan (MJP) en het jaarwerkprogramma (JWP) van de inspectie wordt bekeken of dergelijk onderzoek prioriteit verdient. Verbetervoorstellen aan instellingen worden aan het eind van het onderzoekstraject bijna altijd «hertoetst» op de resultaten van de verbeteringen. De planning van deze hertoetsen is eveneens opgenomen in het MJP/WJP van de inspectie. In de VBTB-paragraaf van volgend jaar zal inzicht gegeven worden in de opgenomen vervolgonderzoeken en hertoetsen.

Prioritering in het MJP/JWP vindt in eerste instantie plaats op basis van een intern werkmodel risicoanalyse. Daarnaast is er overleg met beide departementen, het IPO (Interprovinciaal Overleg) en de provincies/grootstedelijke regio's over hun wensen en prioriteitstelling ten aanzien van toezichtonderzoeken. Dit leidt tot een meerjarenplan 2004–2007 en een jaarwerkprogramma 2004 dat eind 2003 zal worden vastgesteld. Overigens wordt de gehele planning-en-controlcyclus van de betrokkenen bij de uitvoering van de Wet op de jeugdzorg (VWS, Justitie, IPO/provincies en Inspectie Jeugdzorg) opnieuw ingericht zodat alle binnen één cyclus functioneren.

Het is op dit moment niet mogelijk een financiële vertaling te maken van de hiervoor genoemde outputgegevens. Om dit te kunnen doen dient inzicht te bestaan in de uren die inspecteurs/medewerkers hieraan besteden. Er wordt gewerkt aan een nieuw urenregistratiesysteem, waarmee deze gegevens wel boven tafel kunnen komen.

### 37.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>40 942</b>	<b>32 747</b>	<b>40 629</b>	<b>40 428</b>	<b>40 026</b>	<b>40 146</b>	<b>40 146</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>41 446</b>	<b>33 008</b>	<b>40 766</b>	<b>40 428</b>	<b>40 026</b>	<b>40 146</b>	<b>40 146</b>
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>41 446</b>	<b>33 008</b>	<b>40 766</b>	<b>40 428</b>	<b>40 026</b>	<b>40 146</b>	<b>40 146</b>
Inspectie Gezondheidszorg	38 967	30 747	38 210	37 794	37 319	37 340	37 340
<i>Waarvan bijdragen aan agentschappen</i>			8 181	8 108	8 032	8 059	8 059
Inspectie Jeugdhulpverlening	2 479	2 261	2 556	2 634	2 707	2 806	2 806
<b>Ontvangsten</b>	<b>2 195</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>470</b>

#### Begrotingsflexibiliteit

De in dit beleidsartikel verantwoorde budgetten betreffen uitsluitend apparaatsuitgaven. Hiervoor worden de kasbudgetten voor 100% als verplicht beschouwd. Daarmee is de budgetflexibiliteit gelijk aan nul.

## BELEIDSARTIKEL 38: TEGEMOETKOMING BUITENGEWONE UITGAVEN

### 38.1 Algemene beleidsdoelstelling

**Belastingplichtigen die effectief geen of slechts gedeeltelijk voordeel hebben van de aftrek van buitengewone uitgaven een alternatieve tegemoetkoming bieden.**

Op dit beleidsartikel worden de uitgaven geraamd en verantwoord die voortvloeien uit de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven, die thans wordt voorbereid. Het voornemen is de regeling in 2004 in werking te laten treden. Deze regeling is gericht op belastingplichtigen die door de combinatie van de hoogte van hun inkomen en de omvang van hun aftrekposten en heffingskortingen niet de volledige aftrek van buitengewone uitgaven kunnen effectueren. De tegemoetkoming zorgt ervoor dat de «heffingswaarde» van de gehele aftrek voor buitengewone uitgaven dan alsnog kan worden geëffectueerd. Hiermee wordt mede invulling gegeven aan de toezegging in het Hoofdlijnenakkoord dat het kabinet rekening zal houden met de gevolgen van de ombuigingsmaatregelen in de zorg voor gehandicapten en chronisch zieken.

#### **Beleids effecten en aard van de verantwoordelijkheid**

Het beoogde effect van deze regeling is dat een tegemoetkoming wordt ingevoerd voor alle belastingplichtigen die geen of slechts gedeeltelijk voordeel hebben van de aftrek van buitengewone uitgaven, omdat zij onvoldoende belasting en premie volksverzekeringen betalen om deze aftrek te gelde te maken. De minister van VWS en de staatssecretaris van Financiën zullen de regeling ondertekenen.

#### **Instrument voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

De Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven wordt voorbereid om in 2004 in werking te treden. Deze regeling zal door de Belastingdienst worden uitgevoerd.

### 38.2 Budgettaire gevolgen van beleid

#### **Begrotingsuitgaven**

Bedragen x € 1000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>89 000</b>	<b>93 000</b>	<b>98 000</b>	<b>104 000</b>	<b>104 000</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>89 000</b>	<b>93 000</b>	<b>98 000</b>	<b>104 000</b>	<b>104 000</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>85 000</b>	<b>89 000</b>	<b>94 000</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4 000</b>	<b>4 000</b>	<b>4 000</b>	<b>4 000</b>	<b>4 000</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



**Begrotingsflexibiliteit**

Bedragen x €1000	2004		2005		2006		2007		2008	
1. Totaal geraamde kasuitgaven		89 000		93 000		98 000		104 000		104 000
2. Waarvan apparaatsuitgaven		4 000		4 000		4 000		4 000		4 000
3. Dus programma-uitgaven		85 000		89 000		94 000		100 000		100 000
Waarvan op 1 januari 2004										
4. Juridisch verplicht	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
5. Bestuurlijk gebonden	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
6. Beleidsmatig gereserveerd	100%	85 000	100%	89 000	100%	94 000	100%	100 000	100%	100 000
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
8. Totaal	100%	85 000	100%	89 000	100%	94 000	100%	100 000	100%	100 000

Het voornemen is de regeling tegemoetkoming buitengewone uitgaven in 2004 in werking te laten treden. De middelen zijn hiertoe beleidsmatig gereserveerd.

**38.3 VBTB-paragraaf**

De Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven zal uiterlijk in 2009 worden geëvalueerd.

## NIET-BELEIDSARTIKEL 98: ALGEMEEN

### 98.1 Algemeen

In dit niet-beleidsartikel worden de uitgaven beschreven die niet specifiek aan een van de beleidsdoelstellingen uit de voorgaande beleidsartikelen zijn toe te rekenen. Het gaat hierbij om ministeriebrede programma- en apparaatsuitgaven.

### 98.2 Operationele beleidsdoelstellingen

#### 98.2.1 Het bevorderen van Internationale samenwerking op beleidsterreinen van VWS

##### Subsidietaakstelling begroting

Voor een inhoudelijke toelichting op de subsidietaakstelling verwijzen we u naar de brief over het nieuwe subsidiebeleid van VWS die tegelijkertijd met de Begroting 2004 naar het parlement is verzonden. In onderstaande tabel is de hoogte van de in de beleidsagenda genoemde subsidie-taakstelling voor dit artikel opgenomen.

**Tabel 98.1 Subsidietaakstelling (bedragen x € 1 000)**

Subsidietaakstelling	2004	2005	2006	2007
Korting op instellingssubsidies	0	0	0	0
Korting op projectsubsidies	331	619	491	694

##### Beleidseffecten

Nagenoeg alle beleidsterreinen van VWS hebben een internationale dimensie, die verschillende vormen kan aannemen. Voor veel beleidsterreinen is het voor ons van belang een rol te spelen in de totstandkoming van internationale afspraken en regels. Vooral het beïnvloeden van Europese regelgeving vergt veel inzet. Op andere terreinen is er vooral behoefte om van elkaar te leren. Het gaat hierbij natuurlijk om tweerichtingsverkeer. Enerzijds zijn we bereid om opgedane kennis en ervaring te delen met het buitenland en anderzijds kunnen we leren van het buitenland en de inzichten die dat oplevert gebruiken om het VWS-beleid te realiseren.

De internationale activiteiten van VWS in 2004 zijn:

- Voldoen aan verplichtingen op VWS-terreinen die voortkomen uit internationale verdragen, besluiten en andere wetgeving waaraan Nederland zich heeft verbonden. Voor 2004 zijn dit onder andere verdragsverplichtingen in de Verenigde Naties (VN) en de Raad van Europa, alsook de uitgebreide werkzaamheden voor de uitvoering van EU-verordeningen over markttoelating, traceerbaarheid en etikettering van genetisch gemodificeerde levensmiddelen en diervoeders. Deze verordeningen zullen naar verwachting eind 2003 in werking treden.
- Wet- en regelgeving en afspraken in internationale verbanden beïnvloeden, met speciale aandacht voor de Europese Unie (EU), de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Raad van Europa. In 2004 gaat het in de EU onder meer om de inbreng op de dossiers geneesmiddelen, veiligheid en kwaliteit van weefsels en cellen, en het

Jeugdprogramma. Ook zullen we actief deelnemen aan de discussie over zorg en Europa. In de WHO speelt onder andere de implementatie van het tabaksprotocol.

- De kwaliteit van het beleid op VWS-terreinen verhogen door kennisuitwisseling en benchmarking in multilateraal en bilateraal verband. In 2004 leveren we bijvoorbeeld een bijdrage aan het «horizontal health program» van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). In dit programma worden indicatoren ontwikkeld om onderdelen van zorgstelsels internationaal te vergelijken. Ook zal met enkele prioriteitslanden bilateraal worden samengewerkt op thema's als kwaliteit in de zorg, veiligheid en risicobeheersing, gezondheidsdeterminanten, biotechnologie en maatschappelijke participatie.
- Internationale doelstellingen van breder kabinetsbeleid invullen, met name op het gebied van de EU-uitbreiding en het voortzetten of intensiveren van bilaterale samenwerking met landen buiten Europa, met name de samenwerking met Suriname. In 2004 zal worden gezien waar voortgaande betrokkenheid van VWS nodig is (postaccessiesteun en steun voor Bulgarije, Roemenië, Turkije en nieuwe kandidaat-lidstaten).

Naast deze activiteiten vervult Nederland in 2004 de voorzitterschappen van de EU (tweede helft van 2004) en de Raad van Europa (doorlopend in de 1e helft van 2004). Deze voorzitterschappen vormen een belangrijk middel om internationaal invloed uit te oefenen. Tijdens het voorzitterschap van de EU levert Nederland de voorzitter voor alle bijeenkomsten die in het kader van de EU plaatsvinden. Daarnaast biedt het EU-voorzitterschap de mogelijkheid een half jaar lang mede richting te geven aan de agenda van de EU (agendering) om zo de Nederlandse belangen naar voren te brengen. Hiertoe organiseren we een informele Gezondheidsraad over het thema markt en gezondheid. Verder staan inhoudelijke conferenties op de agenda over onder andere prioritaire geneesmiddelen, samenhang jeugdbeleid, preventie, beroepsbeoefenaren over de grens en anti-discriminatie.

#### **Aard van de verantwoordelijkheid**

Wij zijn verantwoordelijk voor het tot stand komen van internationale samenwerking op de beleidsterreinen van VWS, alsmede voor de inbreng en het nakomen van verplichtingen en afspraken in de internationale organisaties die aan die beleidsterreinen zijn gerelateerd. Ons beleid sluit aan bij het bredere kader van het buitenlands beleid en van het beleid op het gebied van ontwikkelingssamenwerking. De uitvoering van de internationale doelstellingen en activiteiten vindt plaats in afstemming met relevante andere ministeries.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### *Internationaal overleg*

Internationaal overleg vindt plaats doordat ambtenaren vanuit VWS deelnemen aan reguliere bijeenkomsten in de EU, WHO, Raad van Europa, de OESO en andere voor ons relevante VN commissies, waaronder de Codex Alimentarius Commissie en de Narcotic Drugs Commissie. In 2004 zullen de ambtenaren meer dan anders deelnemen aan bijeenkomsten van de EU in verband met het voorzitterschap van de EU.

### *Bilateraal overleg*

Bilateraal overleg vindt vooral plaats met landen waarmee wij intensief betrekkingen onderhouden. In 2004 zijn dat onder meer de buurlanden, de belangrijkste nieuwe lidstaten van de EU en enkele landen buiten Europa (waaronder Suriname). Bilateraal overleg is er vooral op gericht kennis uit te wisselen en de positiebepaling in de internationale organisaties voor te bereiden of door te spreken.

### *Nationaal overleg*

Nationaal overleg met maatschappelijke organisaties over internationale samenwerking vindt plaats in het Landelijk Overlegforum Internationaal Beleid (LOIB). Doel van het LOIB is tweeledig:

- De onderlinge samenwerking van de organisaties in het veld op internationaal terrein bevorderen.
- De inbreng van het veld bij de voorbereiding van de Nederlandse standpuntbepaling in het internationaal overleg tot stand brengen.

In 2004 zullen organisaties in het veld zo veel mogelijk bij het voorzitterschap van de EU worden betrokken.

### *Attachés*

Wij hebben vier attachés op voor ons zeer relevante posten. Het betreft twee posten in Brussel (EU), Washington (bilaterale samenwerking VS en Canada, kennisuitwisseling) en Parijs (OESO, UNESCO, bilaterale samenwerking). Daarnaast is op de permanente vertegenwoordiging van Nederland te Genève (WHO, UNAIDS) voor een periode van vier jaar een VWS-ambtenaar op een reguliere BZ-ambassadepost geplaatst. Ten slotte zijn drie VWS-medewerkers gedetacheerd bij de WHO en de Europese Commissie. Ook in 2004 zullen VWS-medewerkers worden gedetacheerd.

### *Subsidies*

Wij verstrekken subsidies ten behoeve van:

- Ondersteuning van activiteiten, projecten en organisaties in het kader van de internationale samenwerking, zoals het International Centre van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, dat voor ons een landelijke ondersteunende functie op internationaal gebied vervult.
- Uitwerking van samenwerkingsovereenkomsten met pre-accessielanden.
- Ondersteuning van het SENTER/Bureau EG-liaison in verband met de Nederlandse betrokkenheid bij de uitvoering van het Zesde EU-Kaderprogramma voor Wetenschap en Technologie.

### *Informatievoorziening*

De informatievoorziening zorgt onder andere dat iedereen tijdig informatie heeft over nieuwe internationale wet- en regelgeving op VWS-terreinen. In 2004 wordt doorgegaan met het beschikbaar stellen van informatie over onze internationale activiteiten, onder andere door publicatie van een tijdschrift (Intermezzo, tweemaandelijks). Door middel van een reeks anderstalige publicaties over het beleid en de regelgeving van VWS wordt informatie geboden aan onze ambassades en zusterministeries in het buitenland en aan buitenlandse ambassades in Nederland. Ten slotte worden in binnen- en buitenland lezingen en voordrachten gehouden met het oog op kennisuitwisseling.

In 2004 zullen enkele prestatie-indicatoren worden ontwikkeld om de resultaten van internationale samenwerking beter te kunnen meten. In de begroting 2005 zullen deze indicatoren waar mogelijk worden verwerkt. Een volledige kwantificering van beleidseffecten bij internationale

samenwerking is overigens niet haalbaar. Zo kunnen de effecten van internationaal overleg moeilijk gemeten worden en is de kwaliteitsverbetering van het nationale beleid lastig toe te schrijven aan ideeën die in het buitenland zijn opgedaan.

### **98.2.2 Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP): het geven van een samenhangende beschrijving van de (toekomstige) situatie op sociaal en cultureel terrein**

Het SCP is een wetenschappelijk rijksinstituut dat zelfstandig onderzoek doet en op basis hiervan gevraagd en ongevraagd adviezen uitbrengt. Het SCP staat ten dienste van het hele overheidsbeleid, maar valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De taken van het SCP zijn:

- De huidige en toekomstige sociale en culturele ontwikkelingen in Nederland beschrijven en analyseren en hierover periodiek rapporteren aan het kabinet, de Tweede Kamer, de departementen en het publiek.
- Sociale en culturele problemen analyseren, oorzaken en gevolgen opsporen en op basis hiervan bijdragen aan verantwoorde beleidskeuzen.
- Beleidsprocessen en -resultaten beschrijven en analyseren en evalueren aan de hand van algemene beleidsprincipes en specifieke beleidsdoelstellingen.

Eén keer in de twee jaar legt het SCP zijn activiteiten vast in een werkprogramma. Dit programma komt tot stand volgens een procedure die in de instellingsbeschikking is vastgelegd. De procedure voor het werkprogramma 2004–2005 is inmiddels gestart. In december 2003 zal het begeleidingscollege advies uitbrengen over het conceptwerkprogramma. Dit college bestaat uit enkele onafhankelijke leden en vertegenwoordigers uit wetenschappelijke kringen (Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen), politiek (wetenschappelijke bureaus van de politieke partijen) en bestuur (departementen, Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Interprovinciaal Overleg). Vervolgens brengt de Commissie Zorg, Welzijn en Onderwijs (CZWO) advies uit en stelt de minister van VWS het werkprogramma definitief vast, nadat hij zijn collega-ministers heeft geraadpleegd.

Een substantieel deel van zijn capaciteit besteedt het SCP aan periodieke rapportages over de maatschappelijke ontwikkelingen en de leefsituatie van de Nederlandse bevolking. In september 2004 verschijnt het Sociaal en Cultureel Rapport (SCR) 2004. Deze keer zal het SCR een toekomstverkenning bevatten voor de verschillende domeinen in het sociaal en culturele veld. Ook zijn rapportages over enkele bevolkingscategorieën voorzien, zoals een rapportage *Jeugd* en rapportage *Gehandicapten*. Daarnaast verricht het SCP onderzoeken op een aantal beleidsterreinen, zoals arbeid, inkomen en sociale zekerheid, onderwijs, zorg, welzijn, mobiliteit, wonen en veiligheid. Bezien wordt of en in hoeverre het kabinet behoefte heeft aan informatie over de (sociale) effecten van in het regeerakkoord opgenomen stelselwijzigingen. Verder staan er diverse algemene en intersectorale onderwerpen op de onderzoeksagenda, zoals veranderingen in waarden, normen en leefstijlen (individualisering en solidariteit), maatschappelijke participatie (sociaal kapitaal), levensloopvraagstukken, tijdsbesteding, het gebruik van (nieuwe) media en de doelmatigheid in de quataire sector. Ook zijn er enkele internationale projecten waaraan het SCP een bijdrage levert, overwegend in

EU-verband. Ten slotte maakt het SCP, deels samen met het Centraal Planbureau, ramingen voor de quartaire dienstverlening.

In hoeverre deze voornemens geconcretiseerd zullen worden, is afhankelijk van het eerdergenoemde overleg over het werkprogramma in het laatste kwartaal van 2003 en van de wijze waarop de taakstellingen volgens het Strategische Akkoord en het Regeerakkoord van het kabinet-Balkenende II worden ingevuld. Bovendien komen er gedurende de looptijd van het werkprogramma waarschijnlijk belangrijke ad-hocverzoeken van departementen die in het programma moeten worden ingepast. Dit gebeurt zowel door herprioritering binnen het vastgestelde werkprogramma als door additionele financiering.

De activiteiten van het SCP kunnen in een aantal rubrieken worden ondergebracht (zie tabel 98.2):

- Het publiceren van *onderzoeksrapporten en adviezen* in de publicatierreeksen van het SCP.
- Het uitvoeren van *surveys* en het ontwikkelen van (*ramings*)modellen.
- Het schrijven van wetenschappelijke en algemene *artikelen* in vaktijdschriften en algemene media en het verzorgen van *presentaties*.
- Het verrichten van *commissiewerkzaamheden*, waaronder het voeren van het secretariaat van de Commissie Zorg, Welzijn en Onderwijs.

**Tabel 98.2: Prestatiegegevens 2004**

	(uren wetenschappelijk onderzoek)	kosten (x € 1 000)
a. Rapporten en adviezen (25 rapporten)	56 537 uur	5 413
b. Surveys en modellen	4 928 uur	472
c. Prestaties/artikelen	5 407 uur	518
d. Commissiewerkzaamheden	1 574 uur	151
Totaal	68 447 uur	6 553

### 98.2.3 Strategisch onderzoek RIVM en NVI

Het agentschap RIVM verricht – naast projectmatige onderzoek voor de primaire opdrachtgevers VWS, VROM en LNV – ook zgn. strategisch onderzoek. Dit onderzoek is gericht op de noodzakelijke expertiseontwikkeling ten behoeve van de continuïteit van het instituut. Het is bedoeld om de toekomstige taken voor de opdrachtgevers adequaat te kunnen uitvoeren, zowel op de middellange als op de lange termijn. De planning van het strategisch onderzoek richt zich derhalve enerzijds op actuele kennislacunes en anderzijds op nieuwe ontwikkelingen op de werkterreinen van het instituut. Dit impliceert dat er vanuit het strategisch onderzoek een continue doorstroom hoort plaats te vinden van projectresultaten en projecten in de richting van de activiteiten voor de opdrachtgevende departementen. Het strategisch onderzoek is ook bedoeld om de positie van het RIVM in het wetenschappelijk veld te behouden en te versterken.

Net als het RIVM verricht ook het tijdelijk agentschap NVI – naast onderzoek voor de primaire opdrachtgever i.c. VWS – zgn. strategisch

onderzoek. Het strategisch onderzoek is gericht op het verwerven van wetenschappelijke kennis en expertise noodzakelijk voor de uitvoering van de kerntaken en daarmee voor de continuïteit van het NVI op de langere termijn.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

De Wet op het RIVM vormt de wettelijke basis voor het strategisch onderzoek. Deze wet bepaalt dat de directeur-generaal RIVM jaarlijks een programma opstelt van onderzoek dat hij noodzakelijk acht voor het verwerven van inzichten die nodig zijn om de taken van het instituut adequaat te kunnen uitvoeren. Dit programma is openbaar. Deze bepaling vormt een uitdrukking van de professionele zelfstandigheid van het RIVM. Tegen deze achtergrond van de betekenis van het strategisch onderzoek voor de toekomstige kennis-positie van het RIVM is het budget voor het strategisch onderzoek belegd bij de secretaris-generaal van VWS als «eigenaar» van het agentschap RIVM.

Het strategisch onderzoek NVI betreft onderzoek dat:

- Niet direct gekoppeld kan worden aan een specifiek product (vaccin, onderzoeksopdracht).
- Onder meer gericht is op de ontwikkeling van onderzoeksmethoden, vaccinatieproblematiek, verbreding vaccinkennis e.d..
- Relevant is voor de toekomstige taakvervulling.

De projecten binnen het strategisch-onderzoekprogramma zijn niet als zelfstandige, externe producten te beschouwen, maar als interne projecten met het oog op de continuïteit op de langere termijn, die dus ook van binnen het NVI dienen te worden aangestuurd. Tegen deze achtergrond is het budget voor het strategisch onderzoek niet ondergebracht bij de opdrachtgever, maar bij de secretaris-generaal van VWS als «eigenaar» van het tijdelijk agentschap NVI.

#### **98.2.4 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO): adviseren over hoofdlijnen van beleid op het gebied van maatschappelijke participatie en stabiliteit**

De RMO heeft tot taak de regering en de beide Kamers der Staten-Generaal te adviseren over de hoofdlijnen van beleid op het gebied van de gevolgen van maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de participatie van burgers in en de stabiliteit van de samenleving (Wet op de RMO, art. 2). De RMO adviseert op verzoek van het kabinet, dat periodiek een werkprogramma vaststelt. Daarnaast kan het kabinet de RMO tussentijds om advies vragen, kan een van de Kamers der Staten-Generaal een verzoek om advies doen en kan de RMO op eigen initiatief een advies uitbrengen.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### *Adviseren*

In 2004 zal de RMO naar verwachting ten minste advies uitbrengen over de thema's sociale veiligheid en Europees sociaal beleid. Het kabinet zal in het najaar van 2003 het werkprogramma 2004–2005 vaststellen waarin de definitieve adviesthema's zijn opgenomen.

Het definitieve werkprogramma RMO 2004 zal met het oog op de behandeling van de VWS-begroting tijdig aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Jaarlijks brengt de RMO conform de Kaderwet Adviescolleges een jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten uitgebreid aan de orde komen.

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

De RVZ verzorgt adviezen op verzoek van het kabinet, dat jaarlijks een adviesprogramma vaststelt. Daarnaast kan zowel de Eerste als de Tweede Kamer een verzoek om advies doen en kan de RVZ ook op eigen initiatief een advies uitbrengen.

#### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

##### *Advies op verzoek van het kabinet*

Op verzoek van het kabinet brengt de RVZ in 2003/2004 adviezen uit over de volgende onderwerpen.

- Gemeente: welke nieuwe zorgtaken moeten gemeenten in de toekomst uitvoeren?
- Acute zorg: beschrijving van de keten van acute zorg, de criteria voor kwaliteit en toegankelijkheid en de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden in de keten.
- Kwaliteit en informatie: welke informatie heeft de rijksoverheid nodig om zijn verantwoordelijkheid op het gebied van volksgezondheid en zorg waar te kunnen maken? Relatie tussen kennisbehoefte en overheid-zorgsector.
- Overconsumptie (inclusief uitgavenmanagement): welke factoren zijn van invloed op de diagnostiek en indicatiestelling enerzijds en de zorgconsumptie anderzijds? Specifiek in Europees perspectief.
- Weerstand tegen verandering (inclusief innovatie): noodzakelijke veranderingen en zorginnovatie verlopen in de gezondheidszorg relatief traag. Welke oorzaken heeft dit en hoe zijn deze te beïnvloeden?
- Rol van de verzekeraar in het zorgstelsel: het aanbod op de vraag afstemmen door middel van de «driehoek» waarin de verzekeraar een zorginkooprol speelt of door middel van een rechtstreekse ruilverhouding tussen consument en producent?
- Knip in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ): briefadvies. Wat zijn de gevolgen van de overheveling van de AWBZ-zorg naar de standaardverzekering voor de GGZ? Dit advies heeft betrekking op de relatie tussen cure en care in het licht van het Regeerakkoord.

##### *Signalementen aan kabinet op eigen initiatief*

10 tot 20% van de adviescapaciteit van de RVZ is gereserveerd voor signalementen op eigen initiatief. Als dat binnen de huidige capaciteit ingepast kan worden zal de RVZ in 2004 ten minste één signalement uitbrengen.

### **98.2.6 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 «*Onze Ministers en de beide kamers der Staten-Generaal voor te lichten over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid*» (Art. 22 Gezondheidswet). De raad brengt gevraagd en ongevraagd adviezen uit.



Achter deze formulering schuilt een zeer breed spectrum van aandachtsgebieden:

- Public health.
- Health Technology Assessment.
- Individuele gezondheidszorg.
- Omgevingsfactoren en gezondheid.
- Arbeid en gezondheid.
- Voeding en voedsel.
- Ethische en gezondheidsrechtelijke aspecten.
- Ecotoxicologie.

Specifieke taken zijn geregeld in de Wet op de orgaandonatie (WOD) en de Wet bevolkingsonderzoek (WBO).

#### *Signalering*

Een bijzondere taak van de raad is signalering van nieuwe ontwikkelingen in de wetenschap of de (medische) praktijk, die naar verwachting belangrijke consequenties kunnen hebben voor het regeringsbeleid (bijvoorbeeld zeer hoge kosten, een sterke toename van het beslag op schaarse zorgcapaciteit, of juist mogelijkheden tot rationalisering van zorg).

De raad geeft geen rechtstreekse beleidsadviezen, maar levert op recent wetenschappelijk inzicht bouwstenen voor *evidence-based* beleid.

De adviezen worden opgesteld door *ad hoc* commissies van nationale en soms internationale topdeskundigen, die daarvoor per vergadering een vacatiegeld ontvangen. Commissies worden ondersteund door het Secretariaat, met een omvang van 54 fte. Ongeveer 25 fte bestaat uit wetenschappelijke stafleden met een gedegen wetenschappelijke achtergrond, die als secretaris van de adviescommissie fungeren.

#### **Werkprogramma**

Het Werkprogramma 2004 wordt in september 2003 vastgesteld door de minister van VWS. De raad verwacht in 2004 ongeveer 40 adviezen en signalementen uit te brengen, onder meer op het gebied van *public health* (o.a. ten behoeve van het vaccinatiebeleid, de bloedvoorziening, infectieziekten), over *primary care*, voeding, milieufactoren en gezondheid, arbeidsgeneeskundige onderwerpen, diverse onderwerpen op het terrein van Health Technology Assessment (HTA), elektromagnetische straling, medisch-ethische onderwerpen (waaronder het jaarrapport ten behoeve van de ethische agenda (Zie hieronder).

#### **Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG)**

Een recente taak is het signaleren van thema's voor de Ethische Agenda. Daartoe is het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) opgericht, een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De Gezondheidsraad heeft daartoe 1 fte senior wetenschappelijk medewerker en 0,5 fte administratieve ondersteuning ingezet. Het CEG is op 16 mei 2003 opgericht. Bij die gelegenheid werd het eerste Signaleringsrapport uitgebracht. In het voorjaar van 2004 zal het volgens rapport worden gepubliceerd. De inmiddels opgezette website ([www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)) zal verder worden ontwikkeld, in het bijzonder met betrekking tot de publieke functie die het CEG (ook) heeft.

### **Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek**

De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) is een bij wet (*Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen; WMO*) ingestelde commissie. Zij is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) en haar budget is thans ondergebracht bij de Gezondheidsraad. Krachtens de WMO is de Secretaris van de Gezondheidsraad hoofd van het bureau van de CCMO. De wettelijke taken van de CCMO zijn onlangs uitgebreid (o.a. *Embryowet*) en zullen begin 2004 nog verder uitgebreid worden door de invoering van de EU-richtlijn *Goede Klinische Praktijken*.

### **98.2.7 Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): adviseren over onderzoek naar zorgthema's en volksgezondheidsaspecten**

De RGO is een van de vijf sectorraden die tot taak heeft de ministers van VWS, OCenW en EZ te adviseren over prioriteiten in het gezondheids-onderzoek, de daarbij behorende kennisinfrastructuur en de technologie-ontwikkeling in de gezondheidssector. De RGO brengt adviezen uit op verzoek van de betrokken ministers, die daartoe jaarlijks het werk-programma van de raad vaststellen. Daarnaast kan de RGO uit eigen beweging voorstellen doen op basis van het door de ministers vastge-stelde beleid.

### **Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling**

#### *Adviezen verwacht in 2004*

- Ouderenzorg  
De RGO is met ons in gesprek over de precieze inhoud van dit advies, dat zich zal uitstrekken over het gehele terrein van de ouderenzorg. Afhankelijk van de uiteindelijke vraagstelling zal de RGO dit advies waarschijnlijk in 2004 uitbrengen.
- Kennisketen geneesmiddelen  
Dit advies richt zich op de keten tussen geneesmiddelenregistratie en geneesmiddelengebruik (de «post-registratiefase»). In dit advies zal de raad ingaan op de uitwisseling van kennis tussen organisaties en de verwerking van onderzoeksresultaten in protocollen en richtlijnen. Ook de rol van patiëntpreferenties bij het voorschrijven is een aandachtspunt in het advies. De raad streeft ernaar dit advies vóór het eind van 2004 uit te brengen.
- Patiëntveiligheid  
De raad zal informatie en advies verstrekken over de aard en omvang van het onderzoek naar *adverse events* en de determinanten hiervan. In dit advies zullen tekorten in het onderzoek, registratiesystemen en de onderzoeksinfrastructuur aan de orde komen, evenals de wijze waarop het benodigde onderzoek kan worden gestimuleerd en georganiseerd. De RGO verwacht dit advies in 2004 uit te kunnen brengen.
- Verstandelijk gehandicapten  
Een breed advies over dit onderwerp is in voorbereiding. Hierin wordt aandacht besteed aan zowel het biomedisch onderzoek als het zorgonderzoek. De RGO verwacht dit advies in 2004 uit te kunnen brengen.
- Gentechologie (in samenwerking met de STT)  
Als lid van de Commissie Overleg Sectorraden (COS) is de RGO betrokken bij een verkennende studie naar gentechologie, die uitgevoerd wordt in samenwerking met de Stichting Toekomstbeeld der Techniek (STT).
- Jaarbericht Genomics (in samenwerking met de Gezondheidsraad)

RGO en Gezondheidsraad zijn voornemens gezamenlijk een jaarbericht uit te brengen over genomics. Er wordt naar gestreefd het eerste jaarbericht in 2004 uit te brengen.

Naast bovengenoemde activiteiten brengt de RGO een eigen jaarverslag uit waarin gerealiseerde activiteiten en producten worden toegelicht.

### 98.2.8 Personeel en materieel

Dit onderdeel betreft geen operationele doelstelling, maar heeft betrekking op de personele en materiele uitgaven van stafdiensten, facilitaire diensten, zoals opgenomen in de tabel «Begrotingsuitgaven».

### 98.3 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>361 419</b>	<b>266 891</b>	<b>146 317</b>	<b>143 336</b>	<b>139 871</b>	<b>139 647</b>	<b>139 647</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>368 061</b>	<b>267 262</b>	<b>146 729</b>	<b>143 445</b>	<b>139 949</b>	<b>139 647</b>	<b>139 647</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>3 433</b>	<b>1 308</b>	<b>5 002</b>	<b>1 546</b>	<b>1 680</b>	<b>1 477</b>	<b>1 477</b>
Internationale samenwerking	3 433	1 308	5 002	1 546	1 680	1 477	1 477
<b>Apparaatsuitgaven</b>	<b>364 628</b>	<b>265 954</b>	<b>141 727</b>	<b>141 899</b>	<b>138 269</b>	<b>138 170</b>	<b>138 170</b>
Sociaal en Cultureel Planbureau	8 463	6 979	6 691	6 621	6 548	6 548	6 548
Strategisch onderzoek RIVM en NVI	240 750	144 521	23 473	22 809	22 149	21 977	21 977
<i>waarvan bijdragen aan agentschappen</i>			23 473	22 809	22 149	21 977	21 977
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1 374	1 313	1 339	1 294	1 279	1 279	1 279
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	3 506	3 154	3 073	2 930	2 894	2 892	2 892
Gezondheidsraad	5 736	5 705	5 406	4 759	4 692	4 653	4 653
<i>waarvan bijdragen aan ZBO's</i>	674	989	1 009	1 010	1 010	1 010	1 010
Raad voor Gezondheidsonderzoek	571	598	610	590	585	585	585
Personeel en materieel kernministerie	104 228	103 684	101 135	102 896	100 122	100 236	100 236
<b>Ontvangsten</b>	<b>86 019</b>	<b>69 120</b>	<b>11 521</b>	<b>2 756</b>	<b>2 756</b>	<b>2 756</b>	<b>2 756</b>

#### Begrotingsflexibiliteit (bedragen x € 1 000)

	2004		2005		2006		2007		2008	
1. Totaal geraamde kasuitgaven		146 729		143 445		139 949		139 647		139 647
2. Waarvan apparaatsuitgaven		141 727		141 899		138 269		138 170		138 170
3. Dus programma-uitgaven		5 002		1 546		1 680		1 477		1 477
Waarvan op 1 januari 2004										
4. Juridisch verplicht	6%	290	5%	78	5%	78	0%	0	0%	0
5. Bestuurlijk gebonden	5%	245	16%	245	15%	245	17%	245	17%	245
6. Beleidsmatig gereserveerd	87%	4 356	77%	1 186	77%	1 299	78%	1 150	78%	1 150
7. Beleidsmatig nog niet ingevuld	2%	111	2%	37	3%	58	6%	82	6%	82
8. Totaal	100%	5 002	100%	1 546	100%	1 680	100%	1 477	100%	1 477

Onder juridisch verplicht is opgenomen een meerjarenafspraken voor ondersteuning van het 6<sup>e</sup> Kaderprogramma van de EU door EG-Liaison, terwijl de instellingssubsidie aan het NIZW/IC kan worden beschouwd als een bestuurlijk gebonden uitgave. Het grootste deel van het budget van

Internationale Samenwerking is beleidsbudget en wordt jaarlijks besteedt aan bilateraal beleid, vertalingen, informatiebeleid, representatie, voorzitterschappen en projectsubsidies. Deze budgetten worden vaak pas door het jaar heen concreet toegekend met vaak kleinere bedragen.

## NIET-BELEIDSARTIKEL 99: NOMINAAL EN ONVOORZIEN

### 99.1 Algemeen

Dit laatste artikel is een technisch, administratief artikel. Op dit artikel worden zowel begrotingsuitgaven als premie-uitgaven geraamd. Op het begrotingsdeel van dit artikel worden middelen voor de loon- en prijsbijstelling geraamd, voordat ze worden overgeheveld naar de desbetreffende beleidsartikelen. Daarnaast kunnen hier (nog) niet aan de beleidsartikelen toebedeelde taakstellingen (of extra middelen) tijdelijk geplaatst worden.

Op het premiedeel van dit artikel zijn verschillende bedragen opgenomen die (nog) niet aan de afzonderlijke beleidsartikelen zijn toegedeeld. In hoofdzaak betreft dit de onverdeelde ruimte voor nominale bijstellingen voor 2004 en latere jaren, alsmede enkele nog niet toebedeelde taakstellingen (o.a. taakstelling lastenverlichting en aanpak ziekteverzuim), voor bouw beschikbare bedragen en de extrapolatie van de groeiruumte voor het jaar 2008.

Omdat het een administratief artikel betreft, kan het artikel een negatief saldo hebben; bijvoorbeeld wanneer taakstellingen nog niet toegedeeld zijn.

### 99.2 Budgettaire gevolgen van beleid

#### Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1 000)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Verplichtingen</b>	<b>0</b>	<b>- 14 732</b>	<b>- 3 721</b>	<b>- 9 692</b>	<b>- 8 851</b>	<b>- 12 572</b>	<b>- 12 576</b>
<b>Uitgaven</b>	<b>0</b>	<b>- 14 732</b>	<b>- 3 721</b>	<b>- 9 692</b>	<b>- 8 851</b>	<b>- 12 572</b>	<b>- 12 576</b>
<b>Programma-uitgaven</b>	<b>0</b>	<b>- 14 732</b>	<b>- 3 721</b>	<b>- 9 692</b>	<b>- 8 851</b>	<b>- 12 572</b>	<b>- 12 576</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>0</b>	<b>1 200</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

In afwachting van een nadere concrete invulling, staan op het begrotingsdeel van dit artikel de volgende taakstellingen geboekt:

1. Hoofdpijnenakkoord:
  - Een taakstelling vermindering inhuur van externen.
  - Een efficiency taakstelling.
  - Een volume taakstelling uitvoerende diensten.
  - Het aandeel van het ministerie van VWS in de ww-maatregelen collectieve sector.
  - Een taakstelling niet-belastingontvangsten.
2. Taakstellingen, die noodzakelijk zijn om knelpunten elders binnen de begroting op te lossen.

Het streven is om bovenstaande taakstellingen, zorgvuldig en gericht, in te vullen. De Tweede Kamer wordt daarover uiterlijk bij 1<sup>e</sup> suppletore wet 2004 nader geïnformeerd.

**Premie-uitgaven (bedragen x € 1 000 000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aanvullende post	188,5	887,2	1 520,1	2 211,8	3 222,0	5 723,7

Op het premiedeel van dit artikel staan de volgende taakstellingen geboekt:

- Loonmatiging collectieve sector.
- Beperking incidentele loonontwikkeling collectieve sector.
- Vermindering ziekteverzuim.
- Invoering eigen risico ZFW.

## **AGENTSCHAPSPARAGRAAF**

Onder onze verantwoordelijkheid ressorteren vier agentschappen: het Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (ACBG), het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), het agentschap Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het tijdelijk agentschap Nederlands Vaccin Instituut (NVI). In deze paragraaf wordt een toelichting gegeven op de begroting van baten en lasten van deze diensten.

### **1. AGENTSCHAP COLLEGE TER BEOORDELING VAN GENEESMIDDELEN (ACBG)**

#### **1.1 Missie**

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) levert een actieve bijdrage aan een goed en veilig gebruik van geneesmiddelen in Nederland. Het CBG levert deze bijdrage onder andere door geneesmiddelen te beoordelen voordat deze op de markt worden toegelaten. Daarna houdt het college bovendien de patiëntenbijsluiter en de productinformatie actueel 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 bewaking van geneesmiddelen. Omdat deze kennis ook op andere terreinen binnen de Nederlandse gezondheidszorg benut kan worden, streeft het CBG ernaar om die kennis breder in te zetten. Daarvoor worden de beoordelingsrapporten op de CBG-website ([www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl)) geplaatst. Inmiddels zijn ook de wetenschappelijke bijsluiters van alle geneesmiddelen hierop beschikbaar.

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen is een zelfstandig bestuursorgaan, dat wordt ondersteund door het Agentschap CBG (ACBG). Het ACBG is de uitvoeringsorganisatie van het college. De taken van het college zijn neergelegd in artikel 29, lid 1 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Deze taken bestaan uit het beoordelen, registreren en bewaken van geneesmiddelen. Het college beoordeelt geneesmiddelen op louter wetenschappelijke gronden, zonder rekening te houden met politieke en economische gronden. Bij de beoordeling staan de veiligheid, de kwaliteit en de werkzaamheid van het geneesmiddel – en de mogelijke schadelijkheid – voor de gezondheid van de geneesmiddelegebruiker centraal. Op grond van de bij de geneesmiddelenbewaking verkregen kennis kan het College besluiten om wijzigingen aan te brengen in de voorwaarden waaronder een geneesmiddel in de handel mag zijn, danwel de registratie door te halen of te schorsen.

#### **1.2 Doelstellingen**

De missie van het CBG is actief een bijdrage te leveren aan een goed en veilig gebruik van geneesmiddelen in Nederland. Om deze missie te realiseren, zijn vijf doelstellingen geformuleerd:

1. Geneesmiddelen op kritische wijze beoordelen.
2. Nauw betrokken zijn bij de Europese procedures. Tegenwoordig worden nieuwe geneesmiddelen mede via Europese procedures tot de Nederlandse markt toegelaten. Betrokkenheid bij de Europese registraties en de technische beleidsontwikkeling is dan ook van groot belang.
3. Geneesmiddelen op de markt monitoren en zo nodig maatregelen nemen.

4. Het beoordelingsproces transparant maken.
5. Het beoordelingsproces optimaliseren.

### 1.3 Taken

Om deze doelstellingen te verwezenlijken, voert het Agentschap CBG de volgende taken uit:

- 1a. Het voorbereiden en uitvoeren van besluiten tot toelating en registratie, de weigering van toelating en de doorhaling van de registratie van geneesmiddelen, en het aanpassen van registratievoorwaarden aan de stand van de wetenschap. Ook stelt het ACBG de afleverstatus van geneesmiddelen van (uitsluitend recept of niet) en worden «oude» registratiedossiers geactualiseerd.
- 1b. Het opstellen van beoordelingsrapporten over de ingediende aanvragen tot registratie of 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.
2. Het verrichten van beoordelingswerkzaamheden voor het Europees bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling (EMA).
3. De coördinatie van de geneesmiddelenbewaking (Post Marketing Surveillance) en het screenen van meldingen over de noodzaak van interventie door het college of door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hierbij gaat het erom meldingen te verzamelen die afkomstig zijn van het landelijk meldingssysteem, meldingen van de registratiehouders en meldingen van de individuele beroepsbeoefenaars. Daarnaast gaat het erom gegevens te verzamelen over meldingen uit andere lidstaten en meldingen die bij de IGZ bekend zijn geworden.
4. Het opzetten en instandhouden van een systeem voor de registratie van homeopathische geneesmiddelen, die worden beoordeeld in het kader van de zogenoemde «vereenvoudigde procedure». Dit betekent dat de beoordeling gericht is op de kwaliteit en de veiligheid van deze geneesmiddelen.

Samengevat zijn de vier hoofdtaken van het agentschap dus:

1. Beoordelen van nationale aanvragen.
2. Beoordelen van Europese aanvragen.
3. Geneesmiddelenbewaking.
4. Beoordelen van homeopathische aanvragen.

### 1.4 Begroting van baten en lasten

In onderstaande tabel (tabel 1) staan de baten en lasten vermeld die aan de hoofdtaken van het CBG zijn toegerekend. Bij de baten zijn hiertoe de tarieven direct toegerekend aan de producten. De tarieven zijn gebaseerd op het Besluit registratie geneesmiddelen (BRG) en het Besluit vergoedingen wet op de geneesmiddelenvoorziening. De opbrengsten zijn in de begroting 2004 ongeveer 20% hoger dan begroot in 2003. Dit wordt enerzijds veroorzaakt doordat het RIVM haar tarieven met ingang van 2004 met circa 30% verhoogt. Deze tariefsverhoging is het gevolg van de overgang van het RIVM en de Rijksgebouwendienst naar de status van agentschap, waardoor het RIVM nu zelf de huisvestingslasten moet dragen die voorheen door het moederdepartement werden gedragen. Anderzijds is de subsidie aan de Landelijke Registratie en Evaluatie van Bijwerkingen (Lareb) verhoogd en is de bijdrage aan de IGZ in verband met onderzoeken weer in de begroting opgenomen.



De lasten zijn doorberekend op basis van een formatie van 125 fte's. De fte's van de afdelingen Geneesmiddelenbewaking en de afdeling Homeopathie worden direct toegerekend aan de respectievelijke producten. De overige afdelingen zijn verhoudingsgewijs toegerekend aan de producten nationale beoordelingen en Europese beoordelingen. De overige kosten, zoals de salariskosten van met name de afdeling bedrijfsvoering, de huisvestingskosten, bureaustkosten en afschrijvingen, zijn naar rato van het aantal fte's over de vier producten verdeeld.

**Tabel 1: De begroting van baten en lasten voor het jaar 2004 van het Agentschap CBG (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>BATEN</b>							
Nationale beoordelingen	11 877	11 468	13 644	14 054	14 475	14 910	15 357
Europese beoordelingen	2 505	2 209	2 668	2 723	2 779	2 837	2 897
Geneesmiddelenbewaking	0	0	0	0	0	0	0
Homeopathische beoordelingen	144	75	93	96	98	101	104
Overig	188	79	28	28	28	28	28
Totaal baten	14 714	13 831	16 433	16 901	17 380	17 876	18 386
<b>LASTEN</b>							
Nationale beoordelingen	6 753	6 560	7 919	8 137	8 362	8 594	8 831
Europese beoordelingen	4 076	3 960	5 279	5 425	5 574	5 729	5 888
Geneesmiddelenbewaking	2 712	2 405	2 478	2 549	2 622	2 698	2 776
Homeopathische beoordelingen	844	826	756	776	796	817	838
Overig	0	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	14 385	13 751	16 432	16 887	17 354	17 838	18 333
Saldo van baten en lasten	329	80	1	14	26	38	53

In tabel 2 is de begroting gesplitst naar kostensoorten.

**Tabel 2: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2004 van het Agentschap CBG (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>BATEN</b>							
Opbrengst moederdepartement	0	0	0	0	0	0	0
Opbrengst overige departementen	0	0	0	0	0	0	0
Opbrengst derden	14 580	13 752	16 405	16 873	17 352	17 848	18 358
Rentebaten	134	79	28	28	28	28	28
Buitengewone baten	0	0	0	0	0	0	0
Exploitatiebijdrage	0	0	0	0	0	0	0
Totaal baten	14 714	13 831	16 433	16 901	17 380	17 876	18 386
<b>LASTEN</b>							
Apparaatskosten							
* personele kosten	10 313	9 913	12 004	12 361	12 729	13 108	13 499
* materiële kosten	3 536	3 177	3 740	3 834	3 928	4 028	4 128
ZBO College	313	343	370	374	379	384	388
Rentelasten	0	0	0	0	0	0	0
Afschrijvingskosten	0	0	0	0	0	0	0
* materieel	52	68	68	68	68	68	68
* immaterieel	171	250	250	250	250	250	250
Dotaties voorzieningen	0	0	0	0	0	0	0
Buitengewone lasten	0	0	0	0	0	0	0
Totaal lasten	14 385	13 751	16 432	16 887	17 354	17 838	18 333
Saldo van baten en lasten	329	80	1	14	26	38	53

## **Baten**

### *Opbrengst derden*

Voor het op de markt brengen van een geneesmiddel moet jaarlijks een vergoeding worden betaald. Zo dient er in Nederland betaald te worden voor allopathisch (begrote opbrengst € 10,20 miljoen) en homeopathisch (€ 0,02 miljoen) geregistreerde geneesmiddelen. Daarnaast ontvangt het ACBG vergoedingen van de EMEA voor Europees geregistreerde geneesmiddelen die het ACBG voor EMEA heeft beoordeeld (ad € 0,18 miljoen).

Verder ontvangt het ACBG een vergoeding voor de beoordeling van nationale aanvragen (allopathisch € 3,45 miljoen; homeopathisch € 0,07 miljoen). Omdat er voor beoordelingen verschillende tarieven gelden en er bovendien rekening moet worden gehouden met de matching van baten en lasten, is het niet mogelijk een strikte prijs x aantal ( $P \times Q$ )-benadering toe te passen. Naast de beoordeling van Europese aanvragen ontvangt het ACBG van de EMEA ook vergoedingen voor beoordelingen (€ 2,49 miljoen).

## **Lasten**

### *Apparaatskosten*

#### *– Personele kosten*

Als gevolg van de toegenomen hoeveelheid werk is uitgegaan van 125,7 fte (gemiddeld € 51 500) werkzaam bij het ACBG. Naast salariskosten gaat het om de kosten van scholing, reiskosten, wachtgeld, uitzendkrachten en overige personeelskosten. In totaal gaat het om een bedrag van € 7,0 miljoen. In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het RIVM beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmaceutisch en farmacologisch-toxicologisch gebied. De tarieven van het RIVM stijgen met ingang van 2004 met 30%. Als gevolg hiervan nemen de lasten met circa 20% toe. Daarnaast heeft het ACBG bij diverse ziekenhuizen specialisten, die specifieke kennis hebben op bepaalde terreinen. De kosten hiervan bedragen op dit moment € 5 miljoen.

#### *– Materiële kosten*

De materiële kosten bedragen € 1,81 miljoen. Hierin zijn begrepen de kosten van huisvesting ad € 771 000, automatisering € 342 000, telefoon- en portiekosten € 152 000 en bureaunkosten € 542 000. In de post huisvesting is de huurverplichting begrepen ad € 671 000. Het college kan in het kader van de registratiewerkzaamheden onderzoeken laten verrichten; hiervoor is € 91 000 begroot. Een bijdrage van € 120 000 heeft betrekking op de departementale uitgaven van het ACBG, zoals bijvoorbeeld de salarisadministratie. De stichting Lareb is namens het ACBG belast met het opzetten van een nationaal systeem voor het verzamelen van spontane meldingen van (vermoede) bijwerkingen van geneesmiddelen die in Nederland in de handel zijn. De totale kosten daarvan bedragen € 1,50 miljoen. Voor de IGZ is een bijdrage begroot van € 0,23 miljoen.

### *ZBO College*

De kosten van het ZBO College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (salarissen en vergaderkosten) bedragen € 370 000.

### Afschrijvingskosten

De afschrijvingskosten bedragen € 318 000. De afschrijvingskosten bedragen voor meubilair en kantoorapparatuur € 68 000 en hard- en software € 250 000. De afschrijvingstermijnen bedragen voor software 3 jaar, automatiseringsapparatuur 3 jaar, kantoorapparatuur 7 jaar en meubilair 5–10 jaar.

### 1.5 Doelmatigheidsindicatoren

Hierna zijn per hoofdtaak de prestatie-indicatoren/doelmatigheidsindicatoren aangegeven en voorzover mogelijk de bijbehorende kengetallen.

In onderhavige begroting zijn slechts enkele doelmatigheidsindicatoren opgenomen. In het Plan van aanpak agentschapseisen heeft het ACBG activiteiten opgenomen om te komen tot een verdere definiëring van relevante doelmatigheidsindicatoren. Deze activiteiten zullen uiterlijk 2004 zijn afgerond. In de begroting 2005 zullen de resultaten hiervan zichtbaar zijn.

Het ACBG is grotendeels afhankelijk van de door de industrie ingediende aanvragen. Zij is niet in staat deze te beïnvloeden. Het is vooralsnog niet mogelijk de vraag adequaat te voorspellen. Bovendien is het ACBG in een aantal gevallen afhankelijk van andere organisaties. In de komende jaren zullen deze prestatie indicatoren verder worden verfijnd.

#### Hoofdtaak 1 Beoordelen van nationale aanvragen

De baten bestaan uit de tarieven voor nieuwe aanvragen en wijzigingen en de jaarvergoedingen voor het op de markt kunnen brengen van een geneesmiddel, in dit geval het geregistreerd staan in Nederland. Het totaal aantal fte's dat met de werkzaamheden is gemoeid (zowel direct als indirect) is circa 63.

In het kader van de registratie van humane geneesmiddelen verricht het RIVM voor circa 12 fte's beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmacologisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.

**Tabel 3: Prestatiegegevens «Beoordelen van nationale aanvragen»**

Indicator:	Werkelijk 2002	Begroot 2003	Begroot 2004 e.v.j.
Aantal aanvragen	471	450	450
Aantal wijzigingen	320	450	400
Aantal wetenschappelijke adviezen	44	50	50
Kostprijzen (€)	2 991	3 644	3 519
Wettelijke termijnen	72%	90%	90%
Totaal ingeschreven geneesmiddelen 31–12	10 645	10 000	11 000

Bron: ACBG, 2003.

#### Hoofdtaak 2 Beoordelen van Europese aanvragen

Europese aanvragen worden via twee procedures beoordeeld: centraal en decentraal.

Bij de **centrale** procedure wordt een product in één keer op Europees niveau geregistreerd. De beoordelingsaanvraag wordt bij de EMEA in Londen ingediend, waarna deze een (co)rapporteur (deskundigen uit de

lidstaten) aanwijst die het beoordelingsrapport opstelt. De (co)rapporteurschappen worden bij toerbeurt verdeeld, waarbij rekening wordt gehouden met de voorkeuren van fabrikanten en het feit dat niet alle lidstaten in staat zijn als (co)rapporteur op te treden, of dat willen.

Bij de **decentrale** procedure, oftewel de wederzijdse erkenningsprocedure (Mutual Recognition Procedure: MRP), wordt een product in verschillende lidstaten op nationaal niveau geregistreerd. Voor de aanvraag wordt gebruikgemaakt van een al verkregen handelsvergunning in een van de lidstaten (Reference Member State: RMS) en worden de overige lidstaten (Concerned Member State: CMS) verzocht deze handelsvergunning te erkennen. Omdat de RMS de beoordelingsrapporten beschikbaar stelt aan de overige lidstaten, hoeven de overige lidstaten het geneesmiddel in principe niet meer geheel te beoordelen, waardoor snelle(re) besluitvorming mogelijk is.

De baten bestaan voornamelijk uit de tarieven voor de beoordeling van nieuwe aanvragen en wijzigingen. Van de centrale en de decentrale procedures, scientific advices, maar ook uit de jaarvergoedingen voor de bij het EMEA geregistreerde producten waarvoor Nederland rapporteur was. Het totaal aantal fte's dat met de werkzaamheden is gemoeid (zowel direct als indirect) is circa 42. Het RIVM verricht voor circa 10 fte's beoordelingswerkzaamheden op chemisch-farmacologisch en farmacologisch-toxicologisch gebied.

<b>Tabel 4: Prestatiegegevens «Beoordelen van Europese aanvragen»</b>			
Indicator:	Werkelijk 2002	Begroot 2003	Begroot 2004 e.v.j.
Aantal beoordelingen rapporteurschappen	17	20	20
Aantal wetenschappelijke adviezen EMEA	18	15	15
Kostprijzen (€)	5 101	6 092	6 599
Wettelijke termijnen	100%	100%	100%
Aantal aanvragen RMS	52	35	35
Aantal aanvragen CMS	88	100	100
<i>Aandeel binnen Europa:</i>			
– Rapporteurschappen	18%	20%	20%
– Wetenschappelijke adviezen EMEA	21%	20%	20%

Bron: ACBG, 2003.

### *Hoofdtak 3 Geneesmiddelenbewaking*

Er zijn geen directe tarieven voor geneesmiddelenbewaking. De lasten worden gefinancierd uit de opbrengsten van de jaarvergoedingen (zie hoofdtak 1). Het totaal aantal fte's dat met de werkzaamheden is gemoeid (zowel direct als indirect) is circa 10. De subsidie aan de Lareb is direct toegerekend aan de lasten. Lareb verzamelt, registreert en analyseert gegevens over bijwerkingen van in Nederland verkrijgbare geregistreerde geneesmiddelen. Lareb zet hiervoor circa 15 fte's in.

<b>Tabel 5: Prestatiegegevens «Geneesmiddelenbewaking»</b>			
Indicator:	Werkelijk 2002	Begroot 2003	Begroot 2004 e.v.j.
Aantal spontane meldingen bijwerkingen Lareb	2 660	3 000	3 000
Aantal ingeleverde rapporten	322	375	375
<i>Afgeronde beoordelingen:</i>			
1. Aantal periodieke veiligheidsrapporten (PSUR)	124	200	150
2. Aantal wijzigingen 1B-teksten (Type II)	14	25	25
3. Overige	12	15	15
Totaal	150	240	190

Bron: ACBG, 2003.

#### *Hoofdtak 4 Beoordelen van homeopathische aanvragen*

Sinds 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.

Het totaal aantal fte's dat met de werkzaamheden is gemoeid (zowel direct als indirect) is circa 10.

<b>Tabel 6: Prestatiegegevens «Beoordelen van homeopathische aanvragen»</b>			
Indicator:	Werkelijk 2002	Begroot 2003	Begroot 2004 e.v.j.
Aantal aanvragen	877	500	500
Aantal beoordelingen	736	400	500
Kostprijzen (€)	1 164	1 046	1 375
Aantal inschrijvingen	1 190	400	400
Totaal aantal ingeschreven geneesmiddelen 31-12	3 145	3 203	4 000

Bron: ACBG, 2003.

**Tabel 7: Kasstroomoverzicht 2004 van het Agentschap CBG (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1. Rekening courant RIC 1 januari (incl. deposito)	3 065	4 970	5 255	5 461	5 680	5 911	6 154
2. Totaal operationele kasstroom	2 180	398	319	332	344	356	371
3a. -/- Totaal investeringen	- 275	- 113	- 113	- 113	- 113	- 113	- 113
3b. +/- Totaal boekwaarde des-investeringen							
3. Totaal investeringskasstroom	- 275	- 113	- 113	- 113	- 113	- 113	- 113
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 RIC 31 december (incl. deposito) (=1+2+3+4)	4 970	5 255	5 461	5 680	5 911	6 154	6 412

**Tabel 8: Overzicht vermogensontwikkeling van het Agentschap CBG (bedragen x € 1 000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1. Eigen vermogen per 1 januari	1 724	2 053	2 133	2 134	2 148	2 174	2 212
2. Saldo van baten en lasten	329	80	1	14	26	38	53
3a. Uitkering aan moederdepartement	-	-	-	-	-	-	-
3b. Bijdrage moederdepartement	-	-	-	-	-	-	-
3c. Overige mutaties	-	-	-	-	-	-	-
3. Totaal directe mutaties in het eigen vermogen	0	0	0	0	0	0	0
4. Eigen vermogen per 31 december (= 1+2+3)	2 053	2 133	2 134	2 148	2 174	2 212	2 265

Het agentschap streeft naar een klein positief saldo van baten en lasten als buffer om fluctuaties in de resultaten op te vangen. Er wordt niet aan structurele vermogensopbouw gedaan. Het huidige excessief eigen vermogen zal op korte termijn worden afgebouwd.

## **2. AGENTSCHAP CENTRAAL INFORMATIEPUNT BEROEPEN GEZONDHEIDSZORG (CIBG)**

### **2.1 Missie**

Het Agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) is een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), die op basis van wetgeving of vastgesteld beleid namens de minister besluiten neemt, gegevens registreert en informatie hierover verstrekt. Het CIBG is geen volledig geïntegreerde organisatie, maar heeft een structuur met zo zelfstandig mogelijke units. Taken in de randvoorwaardelijke sfeer, zoals innovatie, planning & control en kwaliteitszorg, worden uit efficiency centraal aangestuurd.

### **2.2 Doelstellingen**

Het CIBG stelt zich in het algemeen tot doel een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de zorg in Nederland door:

- De kwaliteit van de beheerde en verstrekte gegevens in overeenstemming te brengen of te houden met de daaraan gestelde eisen.
- Als overkoepelende organisatie synergie te behalen in de uitvoering van wet- en regelgeving van VWS.
- De beschikbare informatie te optimaliseren. Het CIBG onderhoudt hiertoe een groot en divers relatienetwerk. Dit netwerk bestaat uit contacten met het kerndepartement, relaties met de afnemers van de producten (klanten) en ketenpartners. Dit relatienetwerk levert veel informatie op. Daarnaast zijn de diverse databases met professionele bewerking een waardevolle informatiebron. Deze informatie heeft potentie, niet alleen voor het CIBG zelf, maar ook voor de beleidsvorming en beleidsverantwoording van de betrokken beleidsdirecties.

### **2.3 Taken**

#### **2.3.1 Taken voor beleidsartikel Opleidingen, informatie-kwaliteits- en patiëntenbeleid**

##### *BIG-register*

Een beperkt aantal beroepsgroepen in de gezondheidszorg verricht risicovolle handelingen. Het gaat om meer dan 320 000 artsen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen, gezondheidszorgpsychologen, fysiotherapeuten, verloskundigen en psychotherapeuten. Voor deze beroepsgroepen is het BIG-register (voor beroepen in de individuele gezondheidszorg) opgericht. Zorgverleners die staan ingeschreven bij dit register geven hiermee een kwaliteitswaarborg af zodat de patiënt weet welke deskundigheid hij mag verwachten. Het BIG-register is een actueel register dat informatie verstrekt over de registratie en uit het register aan beroepsbeoefenaren, organisaties en burgers. De producten van het BIG-register zijn: beschikkingen, mutaties, verklaringen van inschrijving, verzoeken om adressen en overzichten, voorlichtingsbrieven, de BIG-informatielijn en (elektronische) informatieverstrekking.

##### *Vakbekwaamheidsverklaringen Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid*

De Nederlandse overheid stelt hoge eisen aan de kwaliteit van de gezondheidszorg en de mensen die in deze sector werken. De unit Vakbekwaamheidsverklaringen beoordeelt een in het buitenland behaald diploma eventueel in combinatie met relevante beroepservaring, en doet

een uitspraak over de gelijkwaardigheid aan het Nederlandse equivalent. De producten zijn: vakbekwaamheidsverklaring, beoordeling supervisie, afhandeling bijzondere verzoeken.

#### *Verwijspunt Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid*

Wie in de Nederlandse gezondheidszorg wil werken en in het bezit is van een buitenlands diploma, krijgt te maken met diverse ministeries. Zo hebben deze buitenlands gediplomeerden mogelijk een verblijfs- en werkvergunning nodig. Andere regels hebben vooral betrekking op de beroepsuitoefening. Het Verwijspunt wijst hen en organisaties in binnen- en buitenland de weg binnen de Nederlandse regelgeving. De producten zijn: informatieverschaffing, verwijzfunctie naar juiste instanties, netwerkfunctie, signaalfunctie ten aanzien van beleid.

#### *Project UZI-register (Unieke Zorgverleners Identificatie)*

Op basis van een intentieverklaring tussen ons en de stichting Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ), voert het CIBG werkzaamheden uit in het kader van het UZI-register (conform een goedgekeurd plan van aanpak). Het UZI-register heeft als doel om zorgverleners en zorginstellingen bij elektronische communicatie uniek te identificeren. Daartoe koppelt het register de fysieke identiteit op unieke wijze aan de digitale identiteit en legt deze vast in een certificaat. Het project loopt sinds augustus 2002 en wordt voorlopig tot december 2004 voortgezet. Wij financieren het UZI-register.

### **2.3.2 Taken voor beleidsartikel Geneesmiddelen en medische technologie**

#### *Donorregister*

Het Donorregister registreert en muteert wilsbeschikkingen van burgers met betrekking tot orgaan- en weefseldonatie. Hierdoor worden artsen in staat gesteld na te gaan wat de wilsverklaring van een bepaald persoon is. Daartoe worden jaarlijks alle achttienjarigen aangeschreven. In 2002 konden 4,6 mln ingezetenen in Nederland zich als donor laten registreren. De producten zijn: beschikking registratiebevestiging, beschikking mutatie, BIG-passen voor raadpleging, registratiebevestigingen, elektronische en schriftelijke informatie uit het register, informatieverstrekking via helpdesk, folders en overzichten.

#### *Farmatec*

Bij Farmacie en Geneeskundige Technologie (Farmatec) gaat het om kwaliteit, beschikbaarheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen, hulpmiddelen en bloedproducten. In deze unit worden onder andere de vergoedingslijmielen en maximumprijzen voor geneesmiddelen opgesteld en vergunningen voor het fabriceren en afleveren van geneesmiddelen verleend. De producten zijn: wijziging regeling *Maximumprijs geneesmiddelen*, wijziging regeling *Farmaceutische hulp 1996*, drogistenvergunningen, vergunningen en ontheffingen, beschikking jaarvergoeding voor farmaceutische vergunningen, voor opiumverloven en opiumontheffingen, beschikking op administratief beroep, benoemingsbesluit van de commissie voor de gebiedsaanwijzing (Cogeba)/regeling en betaling vacatievergoeding, rapporten, overzichten en analyses.



### **2.3.3 Taken voor het beleidsartikel Jeugdbeleid**

#### *Jeugdzorgregistratie*

De Jeugdzorgregistratie draagt bij aan een goede afstemming van beleid op de behoeften in de jeugdhulpverlening. Deze afstemming wordt bereikt doordat de Jeugdzorgregistratie jaarlijkse rapportages uitbrengt vanuit het registratiesysteem dat zij beheert en doordat de Jeugdzorgregistratie overleg tussen de diverse externe partijen ondersteunt. In verband met de invoering van de wet op de Jeugdzorg zullen activiteiten van het Sectoraal Registratiepunt Jeugdhulpverlening (SRJ) in de loop van 2004 komen te vervallen.

### **2.3.4 Taken voor derden**

#### *Facilitaire registers*

Het Kwaliteitsregister Paramedici is een particulier initiatief van diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten, en radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laboranten. Zij hebben zich verenigd in de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici. De registratieactiviteiten worden uitgevoerd in de unit Facilitaire registers, op basis van een overeenkomst tussen het ministerie van VWS en de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici. De minister van Economische Zaken en wij hebben hiervoor toestemming gegeven met inachtneming van de regeling *Marktwerking en deregulering*. Aan opname in het private register kunnen geen wettelijke rechten en plichten worden ontleend.

### **2.3.5 Nieuwe taken**

#### *Bureau Medicinale Cannabis*

De principeafpraak is gemaakt dat het in 2003 op te richten Bureau Medicinale Cannabis (BMC) zal worden ondergebracht bij het CIBG. Omdat de financiële consequenties bij het verschijnen van deze begroting nog niet bekend zijn, is besloten in de onderliggende begroting nog geen gegevens met betrekking tot BMC op te nemen en de budgettaire gevolgen van de overdracht in de eerste suppletore wet 2004 mee te nemen. De omvang van de baten-en-lastenbegroting van BMC wordt voorlopig geraamd op € 3,3 miljoen, welke geheel betaald zal worden uit verkoop van cannabis (inkomsten derden).

## **2.4 Doelmatigheidsindicatoren**

In het resultaatgerichte besturingsmodel van het CIBG wordt gebruik gemaakt van het INK-model. Doelmatiger werken bestaat uit twee elementen: kostprijs- en kwaliteitsontwikkeling. Bij een gelijkblijvend productenpakket zal het CIBG de komende jaren jaarlijks minder middelen vragen. De beoogde doelmatigheidswinst bedraagt 2% per jaar exclusief prijs- en inflatiecorrectie. Tot en met 2006 wordt deze doelmatigheidswinst echter sterk beïnvloed door meerjarige taakstelling die aan het CIBG is opgelegd.

Naast deze doelmatigheidswinst zijn er streefwaarden geformuleerd voor de kwalitatieve prestatie-indicatoren. De dienstverlening van het CIBG wordt hiermee per jaar op een hoger kwaliteitsniveau gebracht. Op zowel de kostprijsontwikkeling als de kwaliteitsontwikkeling wordt dus doelmatigheidswinst bereikt. Voor de met het kerndepartement afgesproken prestatie-indicatoren zijn nulmetingen verricht. De nulmetingen

vormen het uitgangspunt om de doelmatigheidswinst aan af te kunnen meten. Per jaar geeft het CIBG aan wat de doelmatigheidswinst zal zijn.

De kwalitatieve verbeteringen zullen worden behaald op het terrein van afhandeling van de vraag van burgers, instellingen en organisaties naar de producten van het CIBG en de daarmee samenhangende klanttevredenheid. Hierbij moet gedacht worden aan:

- Een geleidelijke reductie van doorlooptijden.
- Het terugbrengen van overschrijdingen (en handhaven) van wettelijke afhandelingstermijnen.
- Optimaliseren van de bereik- en beschikbaarheid.
- Minimaliseren van het aantal klachten.
- Zo veel mogelijk voorkomen van beroeps- en bezwaarprocedures.
- Initiëren en stimuleren van het gebruik van (nieuwe) ICT-ontwikkelingen bij het primaire proces, waaronder digitaliseren van informatiestromen en het toepassen van e-government.
- Bevorderen van synergie tussen de CIBG-onderdelen en in de relatie klant/product/opdrachtnemer/opdrachtgever.

**Tabel 1: Kwantitatieve prestatie-indicatoren**

Unit	Product	2003	2004
BIG-register	Aantal beschikkingen betreffende basisberoep	10 000	10 000
	Aantal malen dat informatie is verstrekt via de BIG-informatielijn	25 000	25 000
Vakbekwaamheidsverklaringen	Aantal afgegeven beschikkingen Vakbekwaamheid	590	590
Farmatec	Aantal herijkingen maximumprijzen geneesmiddelen	2	2
	Aantal wijzigingen regeling <i>Farmaceutische hulp</i>	12	12
Donorregister	Aantal verleende vergunningen en ontheffingen	1 200	1 200
	Aantal behandelde wilsbeschikkingen	104 400	104 400
	Aantal malen dat informatie is verstrekt via de helpdesk in het kader van de raadpleging	7 700	7 700
Verwijspunt	Aantal malen dat informatie is verstrekt	2 000	2 000

Bron: CIBG, 2003

**Tabel 2: Kwalitatieve prestatie-indicatoren**

Producten	Doel	Norm	(Nulmeting) 1-1-2003	Streefwaarde 2004 Doorlooptijd voor afhandeling
<b>Doorlooptijd voor afhandeling</b>				
Beschikking basisberoep BIG-register	Behandeling binnen wettelijke termijn van 8 weken	Geen overschrijding van de termijn	1,2% overschrijding	Geen overschrijding van de termijn
Vakbekwaamheidsverklaring	Behandeling binnen wettelijke termijn 18 weken via de directe weg 36 weken via de commissie	Geen overschrijding van de termijn	Thans geen meetmogelijkheid (realisatie 2003)	Geen overschrijding van de termijnen
Wilsbeschikkingen Donorregister	Behandeling binnen wettelijke termijn van 6 weken	Geen overschrijding van de termijn	Thans geen meetmogelijkheid (realisatie 2003)	Geen overschrijding van de termijn
Informatieverschaffing Verwijspunt	Correcte en snelle behandeling	Gemiddeld minder dan 5 werkdagen	Gemiddeld 4 werkdagen	Gemiddeld 4 werkdagen
Uitvoering geneesmiddelenvergoedingssysteem	Behandeling aanvraag wijziging farmaceutische hulp binnen de normtijd van 90 dagen	100% is binnen 90 dagen afgehandeld	93% is binnen 90 dagen afgehandeld	100% is binnen 90 dagen afgehandeld
<b>Aantal klachten en/of beroep- en bezwaarschriften</b>				
Beschikking basisberoep BIG-register	Tevreden klanten	< 1‰ van de productie	0	< 1‰ van de productie
Informatieverstrekking BIG-informatielijn	Tevreden klanten	< 10 klachten per jaar	0	< 10 klachten per jaar
Vakbekwaamheidsverklaring	Tevreden klanten	< 5% van de productie	3% bezwaar en beroep (ongeground) en 1% klachten	< 5% van de productie
Registreren wilsbeschikkingen donor	Tevreden klanten	< 1‰ van de productie	6 (0,06‰)	< 1‰ van de productie
Informatieverstrekking via de helpdesk Donor	Tevreden klanten	<1‰ van de productie	0	<1‰ van de productie
Informatieverschaffing Verwijspunt	Tevreden klanten	< 1% van de productie	0	< 1% van de productie
<b>Percentage gelukke oproepingen</b>				
Informatieverstrekking BIG-informatielijn	Snelle en juiste beantwoording	95%	95%	95%
Informatieverstrekking via de helpdesk Donor	Snelle en juiste beantwoording	95%	99%	99%
<b>Aantal fouten en toelichtingen</b>				
Herijking geneesmiddelenprijzen	Geslaagde herijking	max. 10 (0,5%) aanpassingen	0,6%	0,5%
Vergoedingen, vergunningen en verloven	Duidelijke beschikking	< 5%	< 5%	< 5%
<b>Kostprijzen</b>				
Efficiënte bedrijfsvoering	Trendmatige verlaging reële uitvoeringskosten	2% reductie (excl. inflatiecorrectie op het totale budget)	nvt	2%

Bron: CIBG, 2003.

## 2.5 Begroting van baten en lasten

**Tabel 3: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2004 van het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>BATEN</b>							
Opbrengst moederdepartement VWS		4 344	4 375	3 021	2 954	2 954	2 954
Opbrengst tweede		50	50				
Opbrengst derden		4 946	4 876	4 809	4 883	4 883	4 883
Rentebaten		0	0	0	0	0	0
Buitengewone baten		0	0	0	0	0	0
Exploitatiebijdrage							
Totaal baten		9 340	9 301	7 830	7 837	7 837	7 837
<b>LASTEN</b>							
Apparaatskosten		9 046	8 792	7 477	7 345	7 286	7 286
– personele kosten		3 790	3 790	3 635	3 635	3 635	3 635
– materiële kosten		5 021	4 767	3 342	3 210	3 151	3 151
– huisvesting Den Haag		235	235	500	500	500	500
Rentelasten		30	60	60	60	60	60
Afschrijvingskosten		261	399	286	398	389	382
– materieel		261	399	286	228	219	212
– immaterieel					170	170	170
Dotaties voorzieningen		0	0	0	0	0	0
Buitengewone lasten		0	0	0	0	0	0
Totaal lasten		9 337	9 251	7 823	7 803	7 735	7 728
Saldo van baten en lasten		3	50	7	34	102	109

De meerjarenbegroting geeft een overzicht van de baten en lasten van het CIBG op het prijspeil van het jaar 2003. Op basis van de geraamde aantallen producten (o.a. registraties, informatieverstrekking, verloven en vergunningen) en het tarief dat voor de producten is vastgesteld, worden deze bij het moederdepartement in rekening gebracht. Het deel van de kosten dat wordt gedekt via een tarief door derden is in mindering gebracht op de bijdrage moederdepartement.

### Baten

Het CIBG is belast met de uitvoering van wettelijke taken waarbij geen concurrentie aanwezig is. Nieuwe taken kunnen worden uitgevoerd op basis van vastgestelde intakecriteria.

#### *Opbrengst moederdepartement VWS*

De baten worden grotendeels gevormd door de opdrachten voor het BIG-register, Vakbekwaamheidsverklaringen en Verwijspunt, Farmatec en Donorregister. Daarnaast verricht het CIBG activiteiten in het kader van het project Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI).

**Tabel 4: Overzicht opbrengst moederdepartement (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BIG-register		857	877	906	887	887	887
Verwijspunt		332	345	348	340	340	340
Vakbekwaamheidverklaringen		922	980	940	920	920	920
Subtotaal IBE		2 111	2 202	2 194	2 147	2 147	2 147
Farmatec		745	699	827	807	807	807
Subtotaal GMT		745	699	827	807	807	807
Jeugdzorg		211	206	0	0	0	1
Project UZI-register		1 277	1 268				
Totaal		4 344	4 375	3 021	2 954	2 954	2 954

*Opbrengst tweeden*

De baten worden gevormd door de bijdrage van het ministerie van Justitie e.a. in de kosten van de unit Jeugdzorgregistratie (voor het Sectoraal Registratiepunt Jeugdhulpverlening). Deze activiteit wordt in de loop van 2004 beëindigd. Omdat de definitieve einddatum nog niet bekend is, is voor 2004 nog uitgegaan van het volledige jaarbedrag.

**Tabel 5: Overzicht opbrengst tweeden (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Jeugdzorg		50	50	0	0	0	0

*Opbrengst derden*

Het CIBG krijgt ook opbrengsten (baten) van burgers en bedrijven voor het verrichten van verschillende (wettelijke) registratieactiviteiten en verleende vergunningen en ontheffingen tegen door het departement vastgestelde tarieven:

- Afkomstig van de door beroepsbeoefenaren te betalen registratieheffing (€ 59) bij inschrijving in het BIG-register (€ 525 000).
- Afkomstig van verleende vergunningen en verloven (Farmatec) (€ 1 033 000).
- Afkomstig van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (t/m 2005) voor de verwerking van inschrijvingen à € 27 in het register inschrijvingen (€ 27 000).

**Tabel 6: Overzicht opbrengst derden (bedragen x € 1 000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BIG-register		525	525	525	525	525	525
Farmatec		1 033	1 033	1 033	1 033	1 033	1 033
Kwaliteitsregister		27	27	27	0	0	0
Donorregister		3 361	3 291	3 224	3 325	3 325	3 325
Totaal		4 946	4 876	4 809	4 883	4 883	4 883

*Buitengewone baten*

Er worden geen buitengewone baten verwacht.

### *Rentebaten*

Er worden geen rentebaten verwacht.

### **Lasten**

Bij de lasten is al een efficiencydoelstelling ingehouden van 2% per jaar. Deze doelstelling kan bereikt worden door kostenbesparingen, door schaalvoordelen te benutten en door gebruik te maken van synergie bij de toepassing van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ICT in het primaire proces.

### *Personele kosten*

Het CIBG heeft een vrij stabiele opdrachtenportefeuille die eigenlijk alleen beïnvloed wordt door toe- of afname van opdrachten van de opdrachtgevers (VWS). De omvang van afzonderlijke producten is verder afhankelijk van beleids- en maatschappelijke ontwikkelingen. Dit resulteert in een vrijwel constante formatiegrootte. In geval van piekbelasting en extra opdrachten worden derden ingehuurd.

**Tabel 7: Loonkosten per fte (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Salarissen		3 445	3 445	3 315	3 315	3 315	3 315
Overige personeelskosten		345	345	320	320	320	320
Totaal		3 790	3 790	3 635	3 635	3 635	3 635
Aantal fte		75,67	75,67	74,67	74,17	74,17	74,17
Gemiddelde prijs per fte		50,1	50,1	48,7	49,0	49,0	49,0

### *Materiële kosten*

De materiële kosten bestaan uit algemene materiële kosten en huisvestingskosten. De algemene materiële kosten bestaan onder andere uit: inhuur van derden (geen uitzendkrachten), exploitatie automatisering, drukwerk en voorlichting, porto- en telefoonkosten, vacatiegelden, abonnementen, reiskosten en kantoorbehoeften. Het CIBG is gehuisvest in huurpanden op twee locaties: het Donorregister in Kerkrade en alle overige onderdelen in de Muzentoren te Den Haag. Voor de locatie Kerkrade is recent een nieuw huurcontract afgesloten door tussenkomst van de Rijksgebouwendienst (RGD). De locatie Den Haag maakt deel uit van een huurcontract van het ministerie van VWS met de RGD. Tot 1 januari 2005 bedraagt het aandeel van het CIBG in de huurkosten € 235 000 per jaar. Daarna draagt het CIBG de totale huurkosten (€ 0,5 miljoen, prijspeil 2003).

### *Rentelasten*

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

### *Afschrijvingskosten*

In het jaar van investeren wordt met ingang van de maand van ingebruikname afgeschreven. De specificatie van de verwachte afschrijvingen en investeringen en daarmee van het verloop van de boekwaarde in het jaar 2003 is weergegeven in onderstaande tabel (tabel 8). De immateriële afschrijving vanaf 2006 heeft betrekking op de activering van opgeleverde maatwerksoftware.

**Tabel 8: Verloopoverzicht vaste activa vanaf 1 januari 2004 (bedragen x € 1000)**

	Afschrijvingstermijn (jaren)	Boek- waarde 1-1-2004	(des) investe- ring	Afschrij- vingen 2004	Boek- waarde 31-12-2004
Inventaris	10	342	50	52	340
Automatisering	3	167	1 700	337	1 530
Overige	5	28		10	18
Totaal		537	1 750	399	1 888

*Dotaties voorzieningen*

In het kader van het risicobeleid is overeengekomen dat de maatschappelijke en politieke risico's voor rekening komen van de eigenaar respectievelijk de opdrachtgever. De normale exploitatierisico's komen voor rekening van het agentschap (de opdrachtnemer) en worden ten laste gebracht van de exploitatiereserve (agentschapsvermogen). Er is daarom geen dotatie aan voorzieningen.

*Buitengewone lasten*

Er worden geen buitengewone lasten verwacht.

**Tabel 9: Kasstroomoverzicht 2004 van het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1 Rekening-courant RIC 1 januari (incl. deposito)		0	0	50	7	- 43	- 93
2 Totaal operationele kasstroom		262	449	293	389	389	324
3a Totaal investeringen -/-		- 700	- 1 300	- 50	- 550	- 50	- 50
3b Totaal boekwaarde desinvesteringen		0	0	0	0	0	0
3 Totaal investeringskasstroom		- 700	- 1 300	- 50	- 550	- 50	- 50
4a Eenmalige uitkering aan moederdepartement -/-		- 799					
4b Eenmalige storting door moederdepartement							
4c Aflossing op leningen -/-		- 262	- 399	- 286	- 389	- 389	- 381
4d Beroep op leenfaciliteit		1 499	1 300		500		
4 Totaal financieringskasstroom		438	901	- 286	111	- 389	- 381
5 Rekening-courant RIC 31 december (= 1+2+3+4)		0	50	7	- 43	- 93	- 200

**Toelichting op het kasstroomoverzicht***Operationele kasstroom*

De operationele kasstroom bestaat uit het saldo van baten en lasten plus afschrijvingen, zoals opgenomen in de begroting van baten en lasten.

*Investeringen*

Vanwege technologische ontwikkelingen in de ICT worden vanaf 2004 de besturingsystemen binnen de netwerkgeving van VWS gewijzigd. Daarnaast ondersteunen leveranciers de huidige versies van de in gebruik zijnde databasemanagementsystemen binnenkort niet meer. Het CIBG is daarom genoodzaakt tot nieuwbouw van enkele bedrijfskritische toepassingen, zoals REGBIG (registratie Wet BIG) en Geneur (Geneesmiddelenprijzen). Dit vraagt forse investeringen in 2003 en 2004. Het CIBG

doet hiervoor een beroep op de leenfaciliteit van het ministerie van Financiën. Deze immateriële activa worden eerst gewaardeerd bij oplevering in 2004. De investeringen bestaan verder uit de reguliere vervanging van materiële activa.

<b>Tabel 10: Investerings (bedragen x € 1000)</b>							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Vervanging inventaris		50	50	50	50	50	50
Vervanging hardware		200	0	0	500	0	0
Incidenteel automatisering		450	1 250	0	0	0	0
Totaal		700	1 300	50	550	50	50

#### *Financieringsbehoefte*

Het reguliere investeringsprogramma wordt gedekt uit de operationele kasstroom, waarin de afschrijvingen zijn opgenomen. De overname van de activa en de incidentele investeringen in 2003 en 2004 wordt gefinancierd door een beroep op de leenfaciliteit. Deze lening wordt afgelost uit de reservering opgebouwd uit de afschrijvingen op de desbetreffende activa.

De opbrengst van de initiële lening ter overname van de activa (€ 0,799 miljoen) wordt uitgekeerd aan het moederdepartement.

**Tabel 11: Overzicht vermogensontwikkeling van het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1 Eigen vermogen per 1 januari		0	3	53	60	94	195
2 Saldo van baten en lasten		3	50	7	34	101	108
3a Uitkering aan moederdepartement							
3b Storting door moederdepartement							
3c Overige mutaties							
3 Totaal directe mutaties in het eigen vermogen							
4 Eigen vermogen per 31 december (= 1+2+3)		3	53	60	94	195	303



### 3. AGENTSCHAP RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN MILIEU (RIVM)

#### 3.1 Missie

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in Bilthoven is een beleidsondersteunend onderzoeksinstituut op het gebied van volksgezondheid en milieu. Het fungeert als kenniscentrum voor de overheid en heeft een planfunctie op het gebied van milieu en natuur. Na een proefjaar in 2003 krijgt het RIVM met ingang van 2004 de status van agentschap binnen het ministerie van VWS.

*Het RIVM is een kennisinstituut.* Het biedt bouwstenen voor beleid, ondersteunt het toezicht en voert wettelijke taken uit op het brede terrein van volksgezondheid, milieu en natuur. Kennis en inzet van de medewerkers vormen het werkkapitaal van het RIVM.

*Het RIVM heeft een publieke taak.* Het werkt aan politiek en maatschappelijk relevante onderwerpen in opdracht en ten behoeve van overheden, in het bijzonder de ministeries van VWS, VROM en LNV. Het RIVM is onafhankelijk en bepaalt zelf werkwijze en publicatie van zijn onderzoek.

*Het RIVM waakt en bewaakt.* Als kenniscentrum houdt het de vinger aan de pols op het gebied van volksgezondheid, milieu, natuur en voedselveiligheid. Dit betreft de monitoring van actuele situaties, maar ook het maken van risico-analyses en het ontwikkelen van methodieken en modellen voor normstellend beleid.

*Het RIVM beschermt.* Het adviseert over vormgeving en verzorgt de bewaking van het Rijksvaccinatieprogramma door toetsing en evaluatie van werkzaamheid en veiligheid van de vaccins. Ter voorkoming van en bij de begeleiding van gezondheids- of milieucalamiteiten geeft het ondersteuning en reikt het kennis aan.

*Het RIVM verkent de toekomst.* Het signaleert ontwikkelingen en stelt scenario's op. Dit gebeurt zowel periodiek als incidenteel of thematisch. Op het gebied van milieu en natuur is het RIVM het nationaal planbureau.

*Het RIVM bundelt kennis en krachten.* Het genereert zelf kennis, past kennis toe en integreert wereldwijd beschikbare kennis tot informatie voor beleidsmakers. De samenwerking tussen verschillende disciplines en met nationale en internationale kennisverzamelaars is een vanzelfsprekendheid. Dat varieert van lokale onderzoekers, via universiteiten tot onderzoeksafdelingen en planbureaus van bijvoorbeeld de Verenigde Naties of de Wereldvoedselorganisatie.

*Het RIVM hecht aan kwaliteit.* Het werkt op basis van een duidelijke opdracht, levert volgens afspraak en doet dit kostenbewust. Wetenschappelijk toezicht, certificering, reviews en nationale en internationale audits zorgen voor borging van de kwaliteit. Daarom hecht het ook aan autonomie op het gebied van werkwijze en publicatie van zijn onderzoek.

#### 3.2 Doelstellingen

Het RIVM heeft negen doelstellingen.

#### *Profilering als rijksbreed onderzoeksinstituut*

Het RIVM profileert zich als rijksbreed instituut op het gebied van volksgezondheid en milieu, door actief in te spelen op de behoeften van de departementen. Naast VWS en VROM zullen ook in toenemende mate LNV, EZ, SZW, V&W, BZK, BZ, Defensie en mogelijk ook andere departementen opdrachtgevers zijn. Het RIVM ondersteunt de departementen met geïntegreerde analyses en verkenningen bij beleidsvraagstukken. Daarbij maakt het RIVM gebruik van de binnen het RIVM aanwezige expertise, het beschikbare instrumentarium (modellen, informatiesystemen, data) en van de positionering in wetenschappelijke netwerken.

#### *Versterking samenwerking*

De politieke besluitvorming over volksgezondheid, milieu en natuur hangt steeds meer samen met sociaal-culturele, economische en ruimtelijke aspecten. Daarom zal de samenwerking met het Centraal Planbureau (CPB), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Ruimtelijk Planbureau (RPB) versterkt worden. Ook de samenwerking met kennisinstututen zoals het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Energieonderzoek Centrum Nederland (ECN), TNO, het Wageningen Universiteit en Researchcentrum (WUR), RIKILT – Instituut voor Voedselveiligheid, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en GGD Nederland wordt waar mogelijk verder versterkt. Doel hiervan is wetenschappelijke consensus te bevorderen, gegevens uit te wisselen en elkaars instrumentarium te benutten. Met universiteiten wordt gericht gewerkt aan het genereren van kennis om de beleidsondersteuning te verbeteren.

#### *Versterking rol van «risico-organisatie»*

Als «risico-organisatie» geeft het RIVM invulling aan de maatschappelijke behoefte om de veiligheid op het terrein van de volksgezondheid en het milieu te vergroten. Het inzetbare instrumentarium daarvoor wordt uitgebreid, en de positionering van het instituut in de landelijke netwerken versterkt. Beide activiteiten zullen mede gericht worden op de rol van het RIVM bij nucleaire, biologische en chemische terrorismebestrijding. Daarnaast worden hieraan gekoppelde nieuwe onderzoeksterreinen uitgebreid, zoals genomics.

#### *Versterking internationaal netwerk*

Gegeven de tendens om beleid op het gebied van gezondheid en milieu steeds meer op internationaal niveau vorm te geven, is het gewenst de bestaande internationale activiteiten en netwerken te versterken. Deze activiteiten worden vaak via internationale verbanden gefinancierd. Een specifiek aandachtspunt hierbij is kostendekkendheid te realiseren.

#### *Voeding en consumentenveiligheid*

De uitbouw van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) leidt ertoe dat het taakveld Voeding en Gezondheid wordt versterkt. Binnen het RIVM zal integrale risicoschatting een centrale plaats innemen. Naast de relatie tussen potentieel schadelijke micro-organismen en stoffen in voeding en de effecten op de gezondheid daarvan, wordt speciale aandacht besteed aan stoffen en micro-organismen die de gezondheid kunnen bevorderen.

#### *Versterking infectieziektebestrijding*

Het onderzoek binnen het taakveld Infectieziektebestrijding krijgt een nieuwe dimensie als gevolg van de hernieuwde positionering van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI). De

samenwerkingsverbanden met GGD Nederland worden geïntensiveerd en het RIVM zal een sterkere ondersteunende rol hebben voor VWS bij landelijke outbreaks. Daarnaast worden, mede als gevolg van de dreiging van terroristische acties, de onderzoeksfaciliteiten op het terrein van de infectieziekten uitgebreid.

#### *Uitbreiding verkenningen en informatievoorziening Public Health*

Het jaarlijkse Brancherapport Volksgezondheid (onderdeel preventie) zal een steeds betere onderbouwing moeten opleveren voor de VWS-begroting, het Jaarbeeld Zorg en het verslag over de begroting. Daarnaast zal het RIVM, als uitwerking van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, een belangrijke rol gaan spelen bij het verkrijgen van regionale gezondheidsinformatie om de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) en gemeentelijke volksgezondheidsnota's te onderbouwen. Hierbij wordt een risicomodel gehanteerd dat de IGZ kan helpen om te bepalen waar en in welke vorm toezicht moet worden gehouden.

#### *Uitbouw calamiteitenfunctie*

Er wordt een steeds groter beroep gedaan op de ondersteuning van het RIVM bij milieu-incidenten, calamiteiten en rampen. Dit heeft onder andere geleid tot de instelling van een Centrum voor Externe Veiligheid en Vuurwerk (CEV) en een Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen (CGOR). Hierbij worden datasystemen ingericht waarin risicovolle activiteiten en (milieu)gevaarlijke stoffen zijn geregistreerd. Inmiddels is mede ter ondersteuning van rampenbestrijding het Stoffen Expertise Centrum ingesteld.

#### *Versterking van de kennis over duurzame ontwikkeling binnen het Milieu- en Natuurplanbureau*

De politieke besluitvorming over milieu en natuur wordt meer in samenhang gebracht met sociaal-culturele en economische aspecten. Daarnaast wordt de wetenschap steeds meer in de politieke arena getrokken. Omgaan met onzekerheden en verschillende wereldbeelden en de interactie met maatschappelijke groeperingen worden steeds belangrijker. Het Milieu- en Natuurplanbureau zal daarom de komende jaren investeren in meer kennis op deze terreinen. De groei op dit terrein wordt gerealiseerd door een verminderde inzet van capaciteit gericht op niet-integrale beleidsonderwerpen.

### **3.3 Taken**

#### **3.3.1 Algemeen**

In de Wet op het RIVM (wet van 21 oktober 1996) zijn de taken van het RIVM als volgt geformuleerd:

- Onderzoek verrichten om de beleidsontwikkelingen en de uitoefening van toezicht op de volksgezondheid en het milieu te ondersteunen.
- Periodiek rapporteren over de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid, het milieu en de natuur.
- Andere door de ministers op te dragen onderzoeken.
- Onderzoek in opdracht van derden dat aansluit op het onder de eerste drie punten bedoelde onderzoek en dat nuttig is uit oogpunt van algemeen belang.

Bij het uitvoeren van deze taken is het RIVM professioneel autonoom. Voor de andere werkzaamheden geldt dat daarbij de expliciet bij wet

opgedragen taken niet in het gedrang mogen komen. De kosten van zodanig onderzoek of zodanige werkzaamheden brengt het RIVM in rekening bij degene die de opdracht voor het onderzoek of de werkzaamheden heeft gegeven. Het RIVM verricht geen werk voor derden op commerciële basis, omdat dit afbreuk zou kunnen doen aan de vereiste onafhankelijkheid. Bovendien zou dit tot belangenvermenging kunnen leiden.

In welke mate de structurele activiteiten van het RIVM resultaatgericht zijn, kan worden bepaald door de taken van het RIVM nader te omschrijven. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen structurele activiteiten met een autonoom karakter (bijv. wettelijk vastgelegde taken) en activiteiten met een niet-autonoom karakter (permanente en incidentele opdrachten). De taakbeschrijvingen resulteren in een overeenkomst (opdrachtgeverconvenant) tussen RIVM en de opdrachtgevers.

Hieronder is per opdrachtgever weergegeven wat de specifieke kenmerken zijn van de taken van het RIVM. Ook wordt ingegaan op het strategisch onderzoek van het RIVM, waarvan de directeur-generaal RIVM opdrachtgever is.

### **3.3.2 RIVM-taken voor VWS**

Het RIVM ondersteunt VWS bij beleid en toezicht op het terrein van de volksgezondheid door kennisgeneratie, -toepassing en -integratie op kernpunten van de beleidscyclus. Daarnaast zet VWS het RIVM in voor onderwerpen die vragen om beleids- en toezichtnabijheid, onafhankelijkheid van belanghebbenden en beschikbaarheid/inzetbaarheid.

Er worden vijf taakvelden onderscheiden:

- Verkenningen en informatievoorziening.
- Risicobeoordeling infectieziekten.
- Risicobeoordeling geneesmiddelen en medische technologie.
- Risicobeoordeling voeding en gezondheid.
- Beoordeling chemische, fysische en (micro)biologische risico's.

Het RIVM levert hiermee een bijdrage aan de realisatie van doelstellingen, die zijn opgenomen op de artikelen 21 en 37 van de VWS-begroting.

### **3.3.3 RIVM-taken voor VROM**

Het RIVM voert voor VROM de volgende taken uit:

- De milieuplanbureaufunctie; wettelijke taak met een autonome invulling.
- Ondersteuning van beleid en uitvoering regelgeving; met doorlopende en eenmalige opdrachten.
- Ondersteuning van de VROM-Inspectie.

In de taakbeschrijvingen is het onderscheid tussen de milieuplanbureaustaak en de ondersteuning van beleid en uitvoering regelgeving, zoals afgesproken in een overleg tussen de ministers van VWS en VROM, nader uitgewerkt.

Voor de invulling van de milieuplanbureaufunctie voert het RIVM zelf monitoringactiviteiten uit, waarbij het RIVM zelf de onderwerpen en de methodiek bepaalt.

Het RIVM levert hiermee een bijdrage aan de realisatie van doelstellingen, die zijn opgenomen op de artikelen 1 en 13 van de VROM-begroting.

### **3.3.4 RIVM-taken voor LNV**

Het RIVM voert voor LNV de natuurplanbureaufunctie uit. Dit is een wettelijke taak met autonome invulling van het RIVM. Deze taak wordt met name zichtbaar in de jaarlijkse Natuurbalans, de vierjaarlijkse Natuurverkenning en de bijdrage aan de beantwoording van ad-hocvragen met een grote beleidsimportantie. Onderdeel van deze wettelijke taak is het verwerven van basisinformatie (monitoring), waaronder de gegevens uit de meetnetten van LNV (bijv. Netwerk Ecologische Monitoring).

### **3.3.5 RIVM-taken voor de VWA**

Om ervoor te zorgen dat het takenpakket op het terrein van de voeding, in het bijzonder de consumptie van voedingsmiddelen en de effecten daarvan op de gezondheid, bij het RIVM in evenwicht is, worden naast de reeds voor VWS uitgevoerde taak «risicobeoordeling voeding en gezondheid» voor de VWA de volgende taken uitgevoerd:

- Voedings- en toxicologisch onderzoek in relatie tot genetische gevoeligheid (nutri- en toxicogenomics).
  - Epidemiologisch onderzoek naar voeding en gezondheid.
  - Integrale risicoanalyse van de gezondheidseffecten van voedingsmiddelen.
  - Het structureel uitvoeren van de Nationale Voedselconsumptiepeiling.
- Het RIVM levert hiermee een bijdrage aan de realisatie van doelstellingen van de VWA, zoals die tot uitdrukking komen in de agentschapsparagraaf van de LNV-begroting.

### **3.3.6 Strategisch onderzoek RIVM**

Het strategisch onderzoek van het RIVM is gericht op de continuïteit van het instituut op de langere termijn. Het is bedoeld om te voorzien in de benodigde expertise en kwaliteit om ook in de toekomst de taken voor de opdrachtgevers te kunnen uitvoeren. De directeur-generaal (DG) van het RIVM heeft, na uitgebreid overleg met de commissie van toezicht, besloten het strategisch karakter van het strategisch onderzoek te versterken en daarin meer samenhang te brengen door te kiezen voor een beperkt aantal speerpunten. De speerpunten zijn zodanig gekozen dat deze aansluiten bij de verwachte ontwikkelingen op de lange termijn voor de werkvelden van het instituut. Op deze wijze wordt geanticipeerd op toekomstige vragen van de opdrachtgevers. De commissie van toezicht adviseert de DG van het RIVM over de inhoudelijke kwaliteit van het strategisch onderzoek.

Beleidsmatig worden de met het strategisch onderzoek gemoeide middelen geraamd op niet-beleidsartikel 98 van de VWS-begroting.

## **3.4 Doelmatigheidsindicatoren**

De doelmatigheidsontwikkeling van het RIVM is gericht op efficiency en effectiviteit. Indicatoren voor de efficiency zijn de mensuurtarieven en de prijs van standaardproducten die aan opdrachtgevers in rekening worden gebracht. De mensuurtarieven worden jaarlijks vastgesteld door de secretaris-generaal (SG) van VWS. De hoogte van het tarief wordt bepaald door onder meer de ontwikkeling van de loonkosten, de overhead en het aantal te declareren uren per medewerker. Het aandeel overhead in het RIVM-tarief is daarbij een maat voor de doelmatigheid van de ondersteunende diensten en het door de sectoren gewenste ondersteuningsniveau. Voor projecten met unieke producten (dit betreft het merendeel van de

output van de onderzoeksorganisatie) wordt de kostprijs bepaald door de combinatie van uren x tarief plus projectgebonden kosten. Voor de levering van standaardproducten wordt een kostprijs per product gehanteerd. Indicator voor de efficiency hierbij is de kostprijsontwikkeling van deze standaardproducten.

Naast de meer bedrijfsvoeringgerichte indicatoren is de kwaliteitsontwikkeling voor het RIVM een belangrijke indicator die inzicht biedt in de kwaliteit van geleverde prestatie. Indicatoren hierbij zijn het (periodieke) oordeel van de opdrachtgever over de uitvoering en tijdigheid van een project, de kwaliteit van wetenschappelijke publicaties volgens de normering die voor toetsing van het strategisch onderzoek op verzoek van de commissie van toezicht is ontwikkeld. Verder vinden met zekere regelmaat (wetenschappelijke) audits plaats. Verder kan de SG van VWS als eigenaar gebruikmaken van benchmarking van de kostprijs om de doelmatigheid van het RIVM te bepalen en een bedrijfsvoeringsonderzoek instellen om de kwaliteit van de organisatie te bepalen.

De resultaten van een nulmeting van de doelmatigheidsindicatoren per 1 januari 2004 worden in de eerste supplementaire wet 2004 zichtbaar gemaakt.

### 3.5 Begroting van baten en lasten

**Tabel 1: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2004 van het agentschap RIVM (bedragen x € 1 000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>BATEN</b>							
Opbrengst moederdepartement							
– VWS-eigenaar			23 500	22 800	22 100	22 000	22 000
– VWS-opdrachtgevers			33 800	33 300	32 700	32 800	32 800
Opbrengst overige departementen							
– VROM			53 500	53 700	53 800	53 800	53 800
– LNV			1 800	1 800	1 800	1 800	1 800
Opbrengst derden			30 992	30 999	31 039	31 000	31 000
Rentebaten			200	200	200	200	200
Vrijval voorzieningen			2 408	901	361		
Buitengewone baten							
Exploitatiebijdrage							
Totaal baten			146 200	143 700	142 000	141 600	141 600
<b>LASTEN</b>							
Apparaatskosten							
– personele kosten			74 200	72 900	71 900	71 800	71 800
– materiële kosten			65 142	63 999	63 189	63 085	62 925
Rentelasten			400	400	400	400	400
Afschrijvingskosten							
– materieel			4 758	4 801	4 811	4 615	4 775
– immaterieel			700	600	700	700	700
Dotaties voorzieningen			1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Buitengewone lasten							
Totaal lasten			146 200	143 700	142 000	141 600	141 600
Saldo van baten en lasten			0	0	0	0	0

De begrotingscijfers zijn in dit stadium nog onder voorbehoud van de definitieve «boedelscheiding» tussen het RIVM en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI), de resultaten van een evaluatie van de programmering voor het proefjaar, eventuele consequenties van de verwerking van de

taakstellingen uit het Hoofdlijnenakkoord (alle najaar 2003) en de besluitvorming over het beginvermogen van het agentschap RIVM per 1 januari 2004 (voorjaar 2004).

## **Baten**

### *Opbrengst moederdepartement: VWS-eigenaar*

De geraamde baten van VWS-eigenaar zijn overeenkomstig het bedrag dat wordt begroot in niet-beleidsartikel 98 van de begroting van VWS en zijn grotendeels bestemd voor het strategisch onderzoek. Daarnaast is een bedrag van € 4,0 miljoen geparkeerd voor het huisvestingsbudget.

### *Opbrengst moederdepartement: VWS-opdrachtgevers*

De geraamde baten van VWS-opdrachtgevers betreffen inkomsten die het RIVM verwacht te verwerven door opdrachtverlening door beleidsdirecties VWS, IGZ en VWA. De hoogte van de inkomsten is afhankelijk van overeenstemming tussen opdrachtgevers en RIVM over aard en omvang van de te verrichten activiteiten en, daarmee samenhangend, de in rekening te brengen kosten. De budgetten die de VWS-opdrachtgevers hiervoor ter beschikking hebben, zijn geraamd in artikel 21 en artikel 37.

### *Opbrengst overige departementen: VROM*

De geraamde baten van VROM zijn bedoeld om door de VROM-opdrachtgevers opgedragen werkzaamheden uit te voeren op het taakveld milieu. Deze baten zijn grotendeels terug te vinden in de artikelen 1 en 13 van de VROM-begroting. Daarnaast houdt het RIVM rekening met opbrengsten ad € 9,5 miljoen voor aanvullende door VROM-opdrachtgevers op te dragen werkzaamheden voor o.m. het Centrum voor Risico en Straling en het Centrum voor Externe Veiligheid.

### *Opbrengst overige departementen: LNV*

De geraamde baten van LNV zijn bedoeld om de door LNV opgedragen natuurplanbureauafunctie uit te voeren. De daarmee gemoeide kosten worden jaarlijks bij LNV gedeclareerd.

### *Opbrengst derden*

De baten van derden zijn bedoeld om de werkzaamheden uit te voeren voor derden (waaronder de Europese Commissie, de WHO en provincies).

### *Rentebaten*

De rentebaten zijn inkomsten wegens positief saldo op de rekening-courant met de Rijkshoofdboekhouding.

### *Vrijval voorzieningen*

De vermelde bedragen zijn bedoeld om de tekorten te dekken op nog doorlopende externe projecten, die zijn ontstaan door de tariefwijziging wegens de overgang naar het baten-lastenstelsel.

## **Lasten**

### *Personele kosten*

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

<b>Tabel 2: Personele kosten (bedragen x € 1 000)</b>	
	Raming 2004
Salarissen	68 850
Overige personeelskosten	5 350
Totaal	74 200
Aantal fte's o.b.v. verwachte gemiddelde bezetting	1 400
Gemiddelde kosten per fte (in €)	53 000

In de personeelskosten is een bedrag van € 3 520 000 begrepen voor inhuur, opleidingen en personeelsadvertenties.

#### *Materiële kosten*

Het bedrag voor de materiële lasten ad € 65,1 miljoen kan als volgt worden onderverdeeld:

– Laboratoriumkosten	€ 5,1 miljoen
– Directe onderzoekskosten	€ 14,9 miljoen
– Overige materiële kosten	€ 21,3 miljoen
– Huurkosten huisvesting	€ 23,8 miljoen

#### *Rentelasten*

De rentelasten worden veroorzaakt door het aantrekken van vreemd vermogen via de leenfaciliteit om vaste activa aan te kunnen schaffen. Deze lasten zijn berekend op basis van de laatst bekende rentepercentages (3,35%).

#### *Afschrijvingskosten*

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

<b>Tabel 3: Afschrijvingen (bedragen x € 1 000)</b>		
	Afschrijvingstermijn in jaren	2004
<i>Materieel:</i>		
Gebouwinstallaties en infrastructuur	5	700
Laboratoriumapparatuur	5	2 358
Vervoermiddelen	4	300
IT + audiovisuele apparatuur	3	1 350
Facilitaire apparatuur	3	50
<i>Immaterieel:</i>		
Software en licenties	3	700
	Totaal	5 458



### Dotaties voorzieningen

De dotatie voorzieningen is bedoeld voor wachtgeldkosten.

**Tabel 4: Kasstroomoverzicht 2004 van het agentschap RIVM (bedragen x € 1 000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1 Rekening-courant RIC 1 januari			0	185	45	160	355
2 Totaal operationele kasstroom			4 550	4 500	5 150	5 315	5 475
3a Totaal investeringen -/-			5 475	5 475	5 475	5 475	5 475
3b Totaal boekwaarde desinvesteringen			0	0	0	0	0
3 Totaal investeringskasstroom			- 5 475	- 5 475	- 5 475	- 5 475	- 5 475
4a Eenmalige uitkering aan moederdepartement -/-			8 765	0	0	0	0
4b Eenmalige storting door moederdepartement			0	0	0	0	0
4c Aflossing op leningen -/-			4 365	4 640	5 035	5 120	5 400
4d Beroep op leenfaciliteit			14 240	5 475	5 475	5 475	5 475
4 Totaal financieringskasstroom			1 110	835	440	355	75
5 Rekening-courant RIC 31 december (= 1+2+3+4)			185	45	160	355	430

### Toelichting op het kasstroomoverzicht

#### *Operationele kasstroom*

De operationele kasstroom bestaat uit het saldo van de afschrijvingen en de mutatie op het debiteurensaldo enerzijds en de vrijval van de voorzieningen anderzijds.

#### *Investeringskasstroom*

De totale investeringskasstroom is het totaal van de investeringen.

#### *Financieringskasstroom*

De totale financieringskasstroom is het saldo van de posten eenmalige uitkeringen aan het moederdepartement, eenmalige storting door moederdepartement, aflossingen op leningen en het beroep op de leenfaciliteit.

De eenmalige uitkering aan het moederdepartement betreft de betaling van de verschuldigde boekwaarde van de vaste activa.

De aflossingen op de leningen zijn gebaseerd op de werkelijke afschrijvingskosten van de op 31 december 2002 aanwezige activa plus de gemiddelde afschrijvingskosten van de in 2003 aangeschafte activa. Het aflossingsschema van de lening is gerelateerd aan de afschrijvingstermijn en daarmee samenhangende afschrijvingskosten.

**Tabel 5: Aflossingsschema (bedragen x € 1 000)**

	2004	2005	2006	2007	2008
4c Aflossing op leningen -/-	4 365	4 640	5 035	5 120	5 400
Waarvan uit hoofde van overdracht vermogensbestanddelen	3 680	2 580	1 605	650	250
Waarvan uit hoofde van nieuwe investeringen	685	2 060	3 430	4 470	5 150

In het beroep op de leenfaciliteit 2004 is de initiële lening opgenomen.

**Tabel 6: Overzicht vermogensontwikkeling van het agentschap RIVM (bedragen x € 1 000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1 Eigen vermogen per 1 januari			7 310	7 310	7 310	7 310	7 310
2 Saldo van baten en lasten			0	0	0	0	0
3a Uitkering aan moederdepartement			0	0	0	0	0
3b Storting door moederdepartement			0	0	0	0	0
3c Overige mutaties			0	0	0	0	0
3 Totaal directe mutaties in het eigen vermogen			0	0	0	0	0
4 Eigen vermogen per 31 december (= 1+2+3)			7 310	7 310	7 310	7 310	7 310

Het eigen vermogen ontstaat bij overdracht om niet van een deel van het netto werkkapitaal.

### 3.6 Indicatieve openingsbalans

#### Waarderingsgrondslagen

De activa en passiva zijn opgenomen tegen de nominale waarde inclusief omzetbelasting, tenzij anders vermeld.

**Tabel 7: Indicatieve openingsbalans van het agentschap RIVM per 1 januari 2004 (bedragen x € 1 000)**

<b>ACTIVA</b>	
Immateriële activa	940
Materiële activa	10 420
Voorraden	80
Onderhanden werk	2 935
Debiteuren	39 340
Overige vorderingen	375
Overlopende activa	395
Liquide middelen	5
Totaal activa	54 490
<b>PASSIVA</b>	
Eigen vermogen	
* exploitatiereserve	7 310
* verplichte reserves	0
* onverdeeld resultaat	0
Leningen bij het ministerie van Financiën	8 765
Voorziening wachtgeld	2 595
Voorziening externe projecten	3 670
Crediteuren	1 825
Overige schulden	800
Overlopende passiva	28 350
Schuld aan moederdepartement VWS	1 175
Totaal passiva	54 490

#### Activa

##### *Immateriële activa en materiële activa*

De materiële vaste activa zijn gewaardeerd tegen historische aanschafwaarde, verminderd met afschrijvingen. De volgende (lineaire) afschrijvingstermijnen zijn gehanteerd:

– Software en licenties	3 jaar
– Gebouwinstallaties en infrastructuur	5 jaar

- Laboratoriumapparatuur	5 jaar
- Vervoermiddelen	4 jaar
- IT + audiovisuele apparatuur	3 jaar
- Facilitaire apparatuur	3 jaar

**Tabel 8: Verloop/mutatieoverzicht activa van het agentschap RIVM t/m 2003 (bedragen x € 1000)**

	Software en licenties	Geb. install. Infrastructuur	Lab. Apparatuur	Vervoermiddelen	IT+audiovisuele apparatuur	Facilitaire apparatuur	Totaal
Verkrijgingsprijs/aanschafwaarde	3 260	4 290	25 520	1 550	5 580	910	41 110
Afschrijvingen tot en met 2002	2 290	2 505	19 870	940	3 530	865	30 000
Boekwaarde 1 januari 2003	970	1 785	5 650	610	2 050	45	11 110
Mutaties in boekjaar 2003							
bij: verkrijgingsprijs investeringen desinvestering afschrijvingen	700	700	2 545	250	1 230	50	5 475
af: afschrijvingen desinvestering verkrijgingsprijs	720	810	2 050	230	1 370	40	5 220
Totaal mutaties	- 20	- 110	495	20	- 140	10	255
Verkrijgingsprijs	3 960	4 990	28 065	1 800	6 810	960	46 585
Afschrijvingen tot en met 2003	3 020	3 315	21 920	1 170	4 900	900	35 225
Boekwaarde per 31 december 2003	940	1 675	6 145	630	1 910	60	11 360

Door afrondingen kunnen er kleine verschillen ontstaan.

#### *Vorraden*

De voorraden zijn gewaardeerd tegen gemiddelde inkoopprijs. De voorraden bestaan uit magazijnartikelen voornamelijk voor klein technisch materiaal.

#### *Onderhanden werk*

Het onderhanden werk heeft betrekking op de kosten en opbrengsten van de zogenoemde externe en incidentele projecten. Deze projecten worden financieel afgerekend op de levensduur van het project. Het saldo onderhanden werk bestaat uit € 62 015 000 kosten en € 59 080 000 opbrengsten.

#### *Debiteuren*

Het debiteurensaldo is de nominale waarde van de openstaande vorderingen. In het debiteurensaldo is een post opgenomen van € 24 925 000 voor de voorschotfactuur over het eerste kwartaal van 2004, die 25% van de programmabudgetten bedraagt.

#### *Overlopende passiva*

Onder deze post worden aan afnemers geleverde goederen en diensten opgenomen die nog niet gefactureerd zijn en voorschotten aan leveranciers van goederen en diensten die nog niet ontvangen zijn.

#### *Liquide middelen*

Onder de liquide middelen is de rekening-courant met de Rijkshoofdboekhouding opgenomen. Het saldo op de indicatieve openingsbalans betreft alleen kasgeld.

## **Passiva**

### *Eigen vermogen*

Het eigen vermogen ontstaat bij overdracht van het netto werkkapitaal. Het eigen vermogen is vooralsnog gesteld op 5% van de totale baten 2004. Het eigen vermogen is, uit oogpunt van risicoafdekking, van belang voor de continuïteit van het bedrijfsproces van de RIVM-organisatie.

### *Leningen bij het ministerie van Financiën*

Voor de overdracht van de vermogensbestanddelen moet een lening worden afgesloten bij het ministerie van Financiën. De overdracht van de vermogensbestanddelen betreft het saldo van de vaste activa (€ 11 360 000) en de langlopende voorzieningen (€ 2 595 000).

### *Voorzieningen wachtgeld*

De voorziening wachtgeld is bestemd voor de verwachte meerjarige wachtgeldverplichtingen.

### *Voorziening externe projecten*

De voorziening externe projecten is bedoeld om de tekorten op de doorlopende externe projecten, die zijn ontstaan door de tariefwijziging wegens de overgang naar het baten-lastenstelsel, te dekken. Deze voorziening is in 2006 volledig vrijgevallen.

### *Crediteuren*

Het crediteurensaldo betreft de nominale waarde van de openstaande geregistreerde en geboekte facturen.

### *Overige schulden*

Onder overige schulden zijn de posten medecontractanten € 630 000 en BTW € 170 000 opgenomen.

### *Overlopende passiva*

Deze post betreft facturen die voornamelijk betrekking hebben op de periode november-december van verplichtingen die in 2003 zijn aangegaan. Deze facturen, bestaande uit onder andere kosten voor ingehuurd en gedetacheerd personeel, zullen in 2004 betaald worden. Daarnaast is een bedrag van € 2 580 000 opgenomen voor nog te betalen vakantiegeld. De post voorgefactureerd betreft de factuur voor de voorschotten van de primaire opdrachtgevers à € 24 925 000.

### *Schuld aan moederdepartement VWS*

Deze post omvat het over te dragen deel van het netto werkkapitaal. De voorzieningen zijn daarbij als kortlopende passiva meegenomen.

### *Niet uit de balans blijvende verplichtingen*

Voor 2004 bedraagt de verwachte huurverplichting € 23 794 000.

## 4. Tijdelijk agentschap Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

### 4.1 Missie

Sinds 1 januari 2003 ressorteert het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) als tijdelijk agentschap onder onze verantwoordelijkheid. Op 1 februari 2002 heeft het kabinet besloten dat de mogelijkheid om vaccins te ontwikkelen en te produceren gehandhaafd moest worden onder overheidsverantwoordelijkheid. Deze mogelijkheid was aanwezig bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de private Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (SVM). Daarnaast werd besloten dat de vaccinproductietaken van de SVM en de vaccinontwikkelingstaken van het RIVM (sector Vaccins) dienden te worden samengevoegd in een nieuwe organisatie: het NVI.

Per 1 januari 2003 is de sector Vaccins van het RIVM overgegaan naar het NVI. In de loop van 2003 zullen ook de SVM-medewerkers overgaan naar het NVI. Nadat de Toetsingscommissie Verzelfstandigingen de nieuwe agentschappen heeft getoetst en het kabinet en de Tweede Kamer de oprichting van het NVI hebben goedgekeurd, kan het NVI vanaf 1 januari 2005 formeel een agentschap zijn.

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

Bij het NVI zijn momenteel circa 210 werknemers aangesteld die zich bezig houden met de volgende taken:

- Kwaliteitscontrole, registratie en productbegeleiding van de vaccins voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), reizigersvaccins en calamiteitenvaccins en -toedieningsbescheiden.
- Onderzoek naar en ontwikkeling van vaccins inclusief fase 1 t/m 4 klinisch veldonderzoek.
- Ondersteuning van VWS waarbij het tijdig en planmatig ontwikkelen van het vaccinpakket voor de door het NVI te leveren vaccins centraal staat.
- Beschikbaar hebben van dieren voor dierproeven binnen NVI/RIVM inclusief werkzaamheden die eraan bijdragen het proefdiergebruik te verminderen en het welzijn van proefdieren binnen de rijksoverheid te verbeteren.
- Activiteiten op het terrein van ontwikkelingssamenwerking.

Bij de SVM zijn momenteel circa 210 werknemers werkzaam. Deze werknemers houden zich onder andere bezig met:

- De productie van de vaccins voor het NVI.
- Activiteiten die voortvloeien uit benutting van de restcapaciteit, die deel uitmaakt van de minimumcapaciteit.
- Dienstverlening aan het RIVM op het terrein van mediabereiding, sterilisatie en afvalverwerking.

### 4.2 Doelstellingen

Het NVI wil zich in de komende vijf à tien jaar binnen de vaccintaakketen verder ontwikkelen als een maatschappelijk betrokken onderzoeks- en productieorganisatie met een heldere, open bedrijfscultuur. Het onderzoeks- en productiepakket moet aan de volgende eisen voldoen: het moet een kwaliteitskeurmerk hebben, aansluiten bij de wensen van de Nederlandse samenleving en andere actoren uit de keten, rekening

houden met de ontwikkelingen op het terrein van epidemiologie en vaccinatie en passen binnen de mogelijkheden van de wet. Het NVI hecht aan relevante samenwerkingsverbanden met derden. Het NVI heeft een dienstverlenende attitude en maakt met zijn opdrachtgever afspraken over levertijden. Bovendien wil het NVI een gerenommeerd kennisinstituut zijn op het terrein van vaccins met internationale contacten in de publieke en private sector en met internationale toonaangevende organisaties als de WHO.

#### *Uitbouwen van het RVP naar de NVV*

Het NVI zal behalve vaccins leveren voor het RVP ook een Nationale Vaccin Voorziening (NVV) uitbouwen door griepvaccins en kritische reizigersvaccins te leveren en door vaccinvoorziening bij calamiteiten. De calamiteitenfunctie dient versterkt te worden. Daarbij zijn de volgende twee punten van belang: Europese samenwerking (conform het advies van de Gezondheidsraad) en publiek-private samenwerking.

#### *Versterking internationaal netwerk*

Het NVI streeft ernaar de samenwerking in de publieke sector te versterken, om de beschikbaarheid van vaccins in de toekomst zo goed mogelijk te kunnen blijven garanderen. Ook streeft het NVI ernaar de samenwerking met vaccinproducenten te intensiveren, omdat vaccinontwikkeling te kostenintensief is voor Nederland. Zo is het NVI in staat een vaccinontwikkelingstraject van A tot Z alleen uit te voeren. De kerntaak op het terrein van Research and Development (R&D) vereist intensivering en betere structurering van de samenwerking met internationale onderzoeksinstituten en universiteiten.

### **4.3 Taken**

Het NVI heeft drie kerntaken:

- Levering van vaccins voor de Nationale Vaccin Voorziening (NVV): zorgdragen voor tijdige beschikbaarheid van kwalitatief goede, betaalbare vaccins voor de Nederlandse samenleving onder normale en bijzondere omstandigheden. Het gaat om activiteiten gericht op het leveren van vaccins, productie of aankoop.
- Onderzoek en ontwikkeling op het terrein van vaccins voor de NVV: uitvoeren van onderzoek- en ontwikkelingsactiviteiten op het terrein van vaccins voor de huidige en toekomstige NVV. Het betreft onderzoek in opdracht en in eigen beheer. Dit laatste onderzoek is gebundeld in het Strategisch Vaccinonderzoeksprogramma (SVOP).
- Het voorhanden hebben van actuele kennis over vaccins en vaccinatie voor de professionele ondersteuning van VWS: aandragen van aanwezige kennis of gerichte onderzoeken doen om het beleid te ondersteunen.

Naast deze drie kerntaken voert het NVI ook een aantal daaraan gerelateerde activiteiten uit. Deze activiteiten liggen in het verlengde van de drie kerntaken en hebben een lagere prioriteit. Het betreft:

- Beschikbaar hebben van dieren voor dierproeven binnen NVI/RIVM: aan deze taak is een inspanningsverplichting gekoppeld om het proefdiergebruik in het algemeen te verminderen en het welzijn van proefdieren binnen de rijksoverheid te verbeteren.
- Dienstverlening aan het RIVM op het terrein van mediabereiding, sterilisatie en afvalverwerking.

- Activiteiten op het terrein van ontwikkelingssamenwerking.
- Activiteiten die voortvloeien uit benutting van de restcapaciteit die deel uitmaakt van de minimumcapaciteit.

Aan de kerntaken gerelateerde activiteiten moeten voortkomen uit de restcapaciteit en de doelmatige benutting daarvan. Wat de onderwerpen betreft moeten deze activiteiten in het verlengde van de kerntaken liggen en wat de prioriteitenstelling betreft zijn deze activiteiten ondergeschikt aan de uitvoering van de kerntaken.

#### 4.4 Doelmatigheidsindicatoren

Een van de instellingsvoorwaarden voor een agentschap is om met minder middelen dezelfde prestatie te leveren met een constante kwaliteit. Dit geldt ook voor het NVI. Het is de bedoeling om naast de kostprijs per product een aantal andere kwaliteits- en /of prestatie-indicatoren te definiëren. Bij het ontwikkelen van het interne besturingsmodel en het definiëren van de managementrapportages zullen de belangrijkste criteria benoemd worden waarop het management deze doelmatigheidsdoelstelling gaat monitoren. Hierover zal van tevoren gerapporteerd worden, zodat dit achteraf geverifieerd kan worden. In het proefjaar zullen de eerste resultaten van de ontwikkelde criteria beschikbaar komen.

#### 4.5 Begroting van baten en lasten

**Tabel 1: Begroting van baten en lasten voor het jaar 2004 van het tijdelijk agentschap Nederlands Vaccin Instituut (bedragen x € 1000)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>BATEN</b>							
Opbrengst moederdepartement VWS		17 438	27 689	27 689	27 689	27 689	27 689
Opbrengst overige departementen							
Opbrengst derden		38 654	63 886	65 658	68 256	69 075	69 138
Rentebaten							
Buitengewone baten		5 550					
Exploitatiebijdrage							
Totaal baten		61 642	91 575	93 347	95 945	96 764	96 827
<b>LASTEN</b>							
Apparaatskosten							
- personele kosten		9 634	22 032	22 057	22 057	22 057	22 057
- materiële kosten		51 015	56 043	56 330	57 310	57 310	57 310
- huurkosten			6 677	7 103	7 103	7 103	7 103
Rentelasten			1 841	1 963	2 283	2 523	2 516
Afschrijvingskosten							
- materieel		694	4 983	5 894	7 192	7 772	7 841
- immaterieel							
Dotaties voorzieningen		299					
Buitengewone lasten							
Totaal lasten		61 642	91 575	93 347	95 945	96 764	96 827
Saldo van baten en lasten		0	0	0	0	0	0

De begroting voor het jaar 2003 betreft de begroting van het NVI zoals opgenomen in de eerste supplementaire wet 2003, dus exclusief SVM. De begroting voor het jaar 2004 geeft een overzicht van de baten en lasten van het tijdelijk agentschap NVI op het prijspeil van het jaar 2003. Bovenstaande begroting is tot stand gekomen op basis van een geconsolideerde begroting 2003 van SVM en NVI. Deze begroting is doorgezet naar 2004 – 2008, waarbij rekening is gehouden met een mutatie in de

investerings en de bijbehorende onderhoudskosten. Omdat er geen sprake is van een ideaalcomplex, vinden de eerstkomende jaren investeringen plaats zonder dat er afschrijvingen vrijvallen. Dit heeft tot gevolg dat de afschrijvingskosten stijgen. Deze kostenstijging moet worden gecompenseerd door een toename van de opbrengst derden.

Er is geen rekening gehouden met mutaties op projecten of het eindigen van bestaande en het starten van nieuwe projecten. Incidentele projecten 2002/2003 met de bijbehorende baten en lasten zijn opgenomen in de meerjarenbegroting.

De begrotingscijfers zijn in dit stadium nog onder voorbehoud van de definitieve «boedelscheiding» tussen RIVM en NVI, eventuele consequenties van de verwerking van de taakstellingen uit het Hoofdlijnenakkoord, herverdeling van budgetten in het kader van de agentschapsvorming, de vaststelling van de waarderings- en resultaatbepalingsgrondslagen, alsmede besluitvorming over de uitgangspunten voor de liquidatie van SVM, fiscale aspecten en risicobeheersing.

## **Baten**

### *Opbrengst moederdepartement VWS*

De opbrengst van het moederdepartement wordt geraamd op artikel 21 van de VWS begroting. Voor een toelichting wordt verwezen naar paragraaf 21.2.2. In 2004 belooft de opbrengst van het moederdepartement naar verwachting circa € 27,7 miljoen. Dit bedrag verschilt van het bedrag in de hierboven genoemde toelichting, doordat de boedelscheiding tussen het RIVM en het NVI nog tot definitieve besluitvorming moet leiden. Dit bedrag is bovendien inclusief € 3,0 miljoen aan rente en BTW-compensatie. Er is rekening gehouden met volume- en efficiencykortingen van 2003, die meerjarig zijn doorgetrokken.

### *Opbrengst derden*

Onder de opbrengst derden is € 38,6 miljoen opgenomen als inkomsten AWBZ. Dat zijn de vergoedingen die de provinciale entadministraties aan het NVI betalen voor de vaccins.

De post opbrengst derden omvat in 2004 verder € 7,6 miljoen aan export, € 4,7 miljoen aan eigen producten, € 6,1 miljoen aan aangekochte producten, € 6,6 miljoen aan projecten NVI en € 0,13 miljoen aan omzet van de afdelingen Sterilisatie en Mediabereiding.

## **Lasten**

### *Personele kosten*

De personele kosten bestaan voor € 20,830 miljoen uit loonkosten. Daarnaast is € 0,788 miljoen opgenomen voor inhuur, € 0,220 miljoen voor dienstreizen en € 0,194 miljoen voor opleidingen.



**Tabel 2: Personele kosten (bedragen x € 1000)**

	Raming 2004
Loonkosten	20 830
Overige personeelskosten	1 202
Totaal	22 032
Aantal fte's o.b.v. verwachte gemiddelde bezetting	421
Gemiddelde kosten per fte (in €)	52 333

### *Materiële kosten*

Het bedrag voor de materiële lasten ad € 56,0 miljoen kan als volgt worden onderverdeeld:

**Tabel 3: Materiële kosten (bedragen x € 1000)**

Onderhoudskosten	5 111
Productiekosten	12 875
Energiekosten	3 510
Algemene kosten	2 632
Advies/verkoopkosten/royalty's	2 676
Uitbestedingen	8 713
BTW <sup>1</sup>	1 200
Kosten inhuur RIVM	2 564
Aangekocht product	16 762
Totaal	56 043

<sup>1</sup> Doordat de BTW op de publieke taken wel betaald gaat worden, maar niet meer afgetrokken kan worden in de agentschapsituatie, ontstaat er een autonome kostenstijging van € 1,2 miljoen. Deze BTW-last is in de kostprijzen verwerkt.

### *Huurkosten*

De huur van de gebouwen wordt geraamd op € 6,7 miljoen. In deze raming is voor 2004 de helft van de jaarhuur ad € 0,852 mln voor een zgn. pilot plant meegenomen.

### *Rentelasten*

De rentelasten worden geraamd op € 1,8 miljoen. Deze worden grotendeels veroorzaakt door een conversielening van het eigen vermogen van SVM, indien dit moet worden terug gebracht tot 5% van het eigen vermogen. Over de noodzaak en wenselijkheid in relatie tot het risicobeleid is op dit moment nog niet besloten.

### *Afschrijvingskosten*

De afschrijvingskosten zijn opgenomen in tabel 4. Omdat er geen sprake is van een ideaalcomplex stijgen de afschrijvingskosten. Vanaf 2006 vallen de afschrijvingen over de activa van voor 1999 vrij. In 2006 zijn de afschrijvingskosten ad € 1,4 miljoen meegenomen over een investering van € 14,0 miljoen voor een verbouwing. In 2007 zijn de afschrijvingskosten ad € 1,0 miljoen meegenomen over een investering van € 10,0 miljoen in het gebouw van de sterilisatie-afdeling. In 2004 wordt € 1,9 geïnvesteerd in de pilot plant. Dit leidt in 2004 tot € 0,1 miljoen aan afschrijvingskosten en in 2005 en verder tot € 0,23 miljoen aan afschrijvingskosten.

De verschillende activa zijn uitgesplitst over de diverse afschrijvingstermijnen.

**Tabel 4: Afschrijvingen (bedragen x € 1000)**

		2003	2004	2005	2006	2007	2008
	Afschrijvingstermijn (jaren)						
Inventaris	3	194	545	844	1 150	1 450	1 500
Inventaris	5	500	953	1 273	1 431	1 650	1 490
Inventaris en verbouwingen	10		1 137	1 317	1 497	1 677	1 857
Gebouwen	20		370	370	370	370	370
Activa voor 1999	7		1 865	1 865	1 119	0	0
Verbouwing G7	10		0	0	1 400	1 400	1 400
Verbouwing sterilisatieafdeling	10		0	0	0	1 000	1 000
Nieuwbouw pilot plant	10		113	225	225	225	225
Totaal		694	4 983	5 894	7 192	7 772	7 842

**Tabel 5: Kasstroomoverzicht 2004 van het tijdelijk agentschap Nederlands Vaccin Instituut (bedragen x € 1000)**

		2003	2004
1	Rekening-courant RIC 1 januari (incl. deposito)	0	822
2	Totaal operationele kasstroom	993	4 982
3a	Totaal investeringen -/-	- 754	- 6 410
3b	Totaal boekwaarde desinvesteringen	0	0
3	Totaal investeringskasstroom	- 754	- 6 410
4a	Eenmalige uitkering aan moederdepartement -/-	0	0
4b	Eenmalige storting door moederdepartement	0	0
4c	Aflossing op leningen -/-	- 171	- 5 113
4d	Beroep op leenfaciliteit	754	6 000
4	Totaal financieringskasstroom	583	887
5	Rekening-courant RIC 31 december (=1+2+3+4)	822	281

In bovenstaande tabel (tabel 5) is geen rekening gehouden met het liquidatiesaldo van de SVM.

De aflossing betreft een aflossing op een voorgenomen conversielening bij het ministerie van Financiën en een lening die SVM met het RIVM heeft. Er is nog geen formeel beroep gedaan op de leenfaciliteit. De aanvraag daartoe wordt op het eerstmogelijke moment bij het ministerie van Financiën ingediend.

**Tabel 6: Overzicht vermogensontwikkeling van het tijdelijk agentschap Nederlands Vaccin Instituut (bedragen x € 1000)**

		2003	2004
1	Eigen vermogen per 1 januari	1 638	1 638
2	Saldo van baten en lasten	0	0
3a	Uitkering aan moederdepartement		
3b	Storting door moederdepartement		
3c	Overige mutaties		
3	Totaal directe mutaties in het eigen vermogen	0	0
4	Eigen vermogen per 31 december (=1+2+3)	1 638	1 638

In bovenstaande tabel (tabel 6) is geen rekening gehouden met het eigen vermogen van de SVM. Bovendien wordt nog voorbij gegaan aan een conversielening voor de afkoop van vaste activa door het NVI.

Hangende de besluitvorming over de beleidsuitgangspunten met betrekking tot het liquideren van SVM, wordt afgezien van presentatie van meerjarige overzichten van kasstromen en vermogensontwikkeling. Het gaat om indicatieve cijfers.

## BEDRIJFSVOERINGSPARAGRAAF

### Inleiding

De bedrijfsvoering van het ministerie van VWS is gericht op het optimaal ondersteunen van de beleidsprocessen teneinde de in de begroting geformuleerde beleidsdoelstellingen te realiseren. Onder bedrijfsvoering wordt hierbij verstaan: de sturing en beheersing van de primaire en de ondersteunende processen. Sturing omvat de aspecten planningcyclus, organisatie en communicatie. Beheersing omvat de aspecten financieel beheer, materieel beheer, personeel beheer en VBTB.

In deze bedrijfsvoeringparagraaf zijn uitsluitend die bedrijfsvoering-onderwerpen opgenomen waarvoor in 2004 specifieke aspecten aan de orde zijn. Over deze onderwerpen zal in het jaarverslag 2004 verantwoording worden afgelegd.

### 1. Sturing

#### a. Planningcyclus

##### **Integratie begroting en zorgnota**

Dit jaar is de Zorgnota 2004 geïntegreerd in de begroting. Deze integratie heeft gevolgen voor de inrichting van de interne sturingscyclus. In 2004 wordt in het kader van de visie op de bedrijfsvoering de interne sturings- en beheersingscyclus afgestemd op de integrale begroting.

##### **Budgettair Kader Zorg (BKZ)**

Het BKZ omvat met ingang van de Zorgnota 2003 niet langer de zorg-gerelateerde begrotingsuitgaven van het ministerie van VWS. Op een tweetal terreinen worden voorstellen ontwikkeld om te komen tot een verdere uitzuivering van het BKZ. Het gaat daarbij om de financiering van de ZBO's in de topstructuur van de zorg (CVZ, CTG, CBZ, CTZ) en de doorlichting van de premiesubsidies. Deze uitzuivering zal zijn neerslag hebben in de begroting 2005.

#### b. Organisatie

##### **Interne en externe verzelfstandigingen**

Met ingang van 1 januari 2004 zal het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu worden omgevormd tot een agentschap.

Per 1 januari 2004 start het Nederlands Vaccin Instituut met een proefjaar ter voorbereiding op de overgang naar een definitief agentschap per 1 januari 2005.

Het Agentschap CBG doorloopt in 2004 de instellingsprocedure voor agentschappen.

##### **Taakstellingen**

De aan het departement opgelegde taakstellingen van de kabinetten Balkenende I en II zullen in 2004 worden gerealiseerd. Het betreft hier taakstellingen met betrekking tot efficiency, volume en beperking inhuur externen. Gericht wordt – waar mogelijk – gekeken naar het niet meer, minder of anders invullen van taken. Om de kosten van inhuur van externen verder terug te dringen, wordt momenteel een bureau gevormd onder verantwoordelijkheid van de directeur Financieel Economische Zaken dat vroegtijdig voorgenomen inhuur toetst.

## **2. Beheersing**

### **a. Financieel beheer**

#### **Subsidiebeheer**

Het subsidiebeheer heeft in 2003 bijzondere aandacht gekregen. De aanpak bestond uit drie activiteiten, die doorlopen in 2004. Het betreft de volgende activiteiten:

- Implementeren bij de beleidsdirecties van bekostigingsmethoden die beter aansluiten bij de regelgeving en de bestuurlijk visie.
- Verbeterpunten subsidies en meetgegevens uit het subsidieproces structureel onderdeel maken van het periodiek overleg tussen FEZ en beleidsdirecties.
- Doorlichten van departementsbrede processen op risico's en genomen beheersmaatregelen en indien nodig invoeren van verbetervoorstellen voor het subsidieproces.

Bovenstaande activiteiten dragen bij aan de verdere verbetering van het subsidiebeheer.

#### **Verplichtingenbeheer**

Het departementaal verplichtingenbeheer zal in 2004 verder worden verbeterd. De aandacht zal voornamelijk gericht zijn op de verbetering van de aspecten personele en materiële verplichtingen en het proces van opdrachtverlening.

### **b. Materieel beheer**

Het materieel beheer zal in 2004 in lijn worden gebracht met het Uitvoeringsbesluit Materieel beheer.

### **c. VBTB**

In het kader van het VBTB-traject is de afgelopen jaren veel aandacht geweest voor het ontwikkelen van de algemene en operationele doelstellingen van het beleid en de daarmee samenhangende prestatie-indicatoren en beleidsevaluaties. In 2004 wordt het VBTB-gehalte verder vergroot door de ontwikkeling van een Balanced Scorecard waardoor op termijn ook een samenvattend beeld van de prestaties van de zorgsector als geheel gegeven kan worden. Naar verwachting zullen de eerste resultaten daarvan in de begroting 2005 opgenomen worden.

## FINANCIEEL BEELD ZORG

### 1. Inleiding

Op verschillende beleidsartikelen is sprake van premiegefinancierde uitgaven. Voor deze uitgaven geldt een ander uitgavenplafond dan voor de begrotingsuitgaven, namelijk het Budgettair Kader Zorg. Daarom is het van belang deze premie-uitgaven in samenhang en in totaliteit te bezien. Paragraaf 2 geeft inzicht in het totaal van alle in de VWS-begroting opgenomen premie-uitgaven en de financiële gevolgen van het Hoofdlijnenakkoord, zowel de verdeling van de extra beschikbaar gestelde middelen als de aan VWS opgelegde taakstellingen. Paragraaf 3 toont de financiering van de uitgaven en in paragraaf 4 wordt de ontwikkeling van de premies (AWBZ en ZFW) gepresenteerd en toegelicht. Ten slotte plaatst paragraaf 5 de zorguitgaven in internationaal perspectief en licht ze toe hoe de zorguitgaven in Nederland zich verhouden tot de zorguitgaven in andere OESO-landen.

### 2. Financiële kerncijfers

#### 2.1 Uitgavenbegrippen

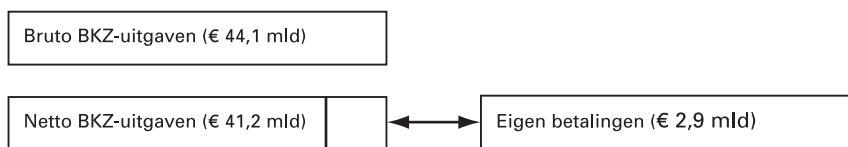
Het kabinet heeft in het Hoofdlijnenakkoord afspraken vastgelegd over de budgettaire ruimte die in de komende vier jaar beschikbaar is voor de financiering van zorguitgaven. Deze afspraken hebben geleid tot het vaststellen van een reëel uitgavenplafond voor de komende kabinetsperiode, het nieuwe Budgettair Kader Zorg (BKZ).

Voor de zorguitgaven worden verschillende uitgavenbegrippen gehanteerd. De zogenoemde bruto BKZ-uitgaven zijn de totale uitgaven die worden gefinancierd via opbrengsten uit premieheffing (AWBZ, ZFW en particuliere verzekeringen), rijksbijdragen en eigen betalingen van patiënten.

De zorguitgaven die aan het bovengenoemde budgettaire kader getoetst worden zijn echter de netto BKZ-uitgaven, dat wil zeggen de bruto BKZ-uitgaven verminderd met het gedeelte dat niet gefinancierd wordt uit collectieve lasten of particuliere premies maar door eigen betalingen van patiënten.

Figuur 1 geeft de relatie tussen deze twee uitgavenbegrippen en de bijbehorende bedragen voor het jaar 2004.

**Figuur 1 – De relatie tussen bruto en netto BKZ-uitgaven**



Bron: VWS, 2003.

#### 2.2 Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven in de jaren 2003 tot en met 2007

Tabel 1 toont de ontwikkeling van de netto BKZ-uitgaven in de jaren 2003 tot en met 2007. Het startpunt van deze tabel is de Zorgnota 2003 waarin het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I is verwerkt. Bij de Voorjaarsbrief 2003 is gebleken dat in het uitvoeringsjaar 2003 de netto BKZ-uitgaven hoger komen te liggen dan bij de Zorgnota 2003 werd

verwacht. Het saldo van deze hogere uitgaven en de uitgavenbeperkingen als gevolg van compenserende maatregelen die bij Voorjaarsbrief zijn getroffen is, inclusief de doorwerking in de jaren 2004–2007, vermeld bij Voorjaarsbrief Zorg 2003.

Evenals bij het Strategisch Akkoord (Balkenende I) is het uitgangspunt van de uitgavenontwikkeling in de komende jaren een op CPB-ramingen gebaseerde volumegroei van 2½%. Omdat deze groei van 2½% moest worden berekend over het inmiddels hogere uitgavenniveau van 2002 en 2003, moest het bedrag van de uitgavengroei enigszins worden aangepast. Daarnaast was de macro-economische raming van de ontwikkeling van lonen en prijzen inmiddels veranderd. Het saldo van deze twee mutaties is in de tabel terug te vinden in de regel «Actualisatie raming CPB».

Tabel 1 – Ontwikkeling netto BKZ-uitgaven	2003	2004	2005	2006	2007
<i>(bedragen in € miljoen)</i>					
Stand Zorgnota 2003	39 258,8	41 329,1	43 644,1	46 367,3	48 753,1
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	1 228,3	979,0	897,7	903,5	903,5
Stand Voorjaarsbrief Zorg 2003	40 487,1	42 308,1	44 541,8	47 270,8	49 656,6
Actualisatie raming CPB		- 11,3	- 201,5	- 266,7	200,3
<i>Mutaties ten gevolge van Hoofdlijnenakkoord</i>					
Intensivering zorg		250,0	500,0	750,0	1 000,0
Pakketverkleining		- 1 000,0	- 1 000,0	- 1 000,0	- 1 000,0
Invoering eigen risico			- 1 100,0	- 1 100,0	- 1 100,0
Taakstelling loonontwikkeling collectieve sector		- 250,0	- 500,0	- 750,0	- 1 000,0
Taakstelling Incidentele loonontwikkeling collectieve sector		- 48,0	- 98,0	- 152,0	- 208,0
Aanpak ziekteverzuim		- 17,4	- 34,8	- 52,2	- 69,6
Uitstel bezuiniging in verband met uitstel stelselwijziging			50,0	50,0	
<i>Mutaties na Hoofdlijnenakkoord</i>					
Actualisatie productieontwikkeling	300,0	300,0	300,0	300,0	300,0
Niet te realiseren bezuiniging geneesmiddelen	73,0	181,0	118,0	118,0	118,0
Eigen bijdrage geneesmiddelen: receptregelvergoeding		- 210,0	- 210,0	- 210,0	- 210,0
Overige aanvullende eigen bijdragen		- 180,0	- 180,0	- 180,0	- 180,0
Additionele korting incidentele loonontwikkeling		- 60,0	- 120,0	- 120,0	- 120,0
Overige maatregelen		- 180,5	- 180,3	- 180,3	- 180,3
Noodzakelijke compensatie		60,0	70,0	70,0	70,0
Noodzakelijke intensiveringen		102,6	110,0	110,0	110,0
Mutaties financieringsachterstanden	- 191,3	- 103,9			
Overig		30,8	- 27,7	- 27,7	- 27,7
<i>Technisch</i>					
Overboekingen naar VWS-begroting	0,2	- 7,9	- 21,1	- 24,1	- 24,0
Overig	3,1	3,4	3,5	0,9	4,8
Macro-economische loon- en prijsbijstelling (MEV)		53,0	233,8	137,7	- 23,2
<b>Stand begroting (zorg) 2004</b>	<b>40 672,1</b>	<b>41 219,9</b>	<b>42 253,7</b>	<b>44 744,4</b>	<b>47 316,9</b>

Bron: VWS, 2003.

Op basis van de uitgavenrealisaties in de afgelopen jaren kan verwacht worden dat bij ongewijzigd beleid de uitgavengroei hoger zal uitkomen dan de 2½% waarmee het CPB heeft gerekend. Deze conclusie is vermeld in het rapport Financiële Bouwstenen Zorg (VWS0300119 d.d. 4 februari 2003). In het Hoofdlijnenakkoord is daarom een intensivering zorg opgenomen die oploopt tot € 1 miljard in 2007.

De totale uitgavenontwikkeling is tegelijkertijd beperkt door nieuwe maatregelen pakketverkleining en eigen risico. Eveneens worden de zorguitgaven beperkt door de vergoeding voor loonontwikkeling in tarieven en budgetten in de zorgsector te beperken ten opzichte van de loonontwikkeling in de marktsector. Ook is de ruimte voor incidentele loonontwikkeling beperkt. Beide laatste beperkingen zijn conform de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord die voor de gehele collectieve sector gelden.

Na het Hoofdlijnenakkoord bleek dat opnieuw hogere uitgaven te verwachten zijn. Nieuwe gegevens over de realisatie in 2002 geven aan dat het uitgavenniveau vanaf 2002 met structureel € 44 miljoen naar boven moet worden bijgesteld. Daar komt bij dat wij verwachten dat de productie in 2003 sterker stijgt dan tot dusver werd aangenomen (€ 256 miljoen). Deze verwachting is onder andere gebaseerd op de productieafspraken die voor het jaar 2003 zijn overeengekomen. Op grond van bovenstaande dient de uitgavenraming met € 300 miljoen verhoogd te worden.

Ook leidt de uiteindelijke vormgeving van de prijsmaatregel geneesmiddelen tot meeruitgaven. De oorspronkelijke geneesmiddelentaakstelling van € 613 miljoen vanaf 2004 wordt voor € 432 miljoen in 2004 en voor € 495 miljoen vanaf 2005 gerealiseerd. Het verschil kan gezien worden als een besparingsverlies, dat evenwel wordt gecompenseerd door de nieuwe maatregel om verzekerden met ingang van 2004 een eigen bijdrage van € 1,50 per receptregel te laten betalen. Deze maatregel brengt naar verwachting € 210 miljoen op. Andere compenserende maatregelen zijn in de vorm van aanvullende pakketmaatregelen, aanvullende eigen bijdragen en overige maatregelen. Door deze maatregelen wordt bovendien ruimte gecreëerd voor compensatiemaatregelen en enkele intensiveringen. Voor een deel zullen de maatregelen en intensiveringen niet met premiemiddelen worden bekostigd, maar direct vanuit de VWS-begroting. Het betreffende bedrag is onder Overboekingen in de tabel opgenomen.

Op basis van recente inzichten met betrekking tot het geneesmiddelengebruik is de raming van de uitgaven voor geneesmiddelen neerwaarts bijgesteld met € 30 miljoen. Deze bijstelling maakt onderdeel uit van de post Overig.

Tabel 2 geeft een overzicht van de pakketmaatregelen die worden voorgesteld. Zie voor een nadere toelichting op deze pakketmaatregelen de toelichting bij de desbetreffende beleidsartikelen en de verdiepingsbijlage.

Tabel 2 – Pakketmaatregelen	2004	2005	2006	2007
<i>(bedragen in € miljoen)</i>				
<i>niet meer vergoed worden:</i>				
Fysio- en oefentherapie	- 375	- 425	- 425	- 425
Psychotherapie boven 30 behandelingen	- 74	- 79	- 79	- 79
IVF-behandeling en bijbehorende medicatie	- 30	- 30	- 30	- 30
Tandarts vanaf 18 jaar	- 200	- 200	- 200	- 200
Zelfzorggeneesmiddelen eerste jaar	- 60	- 60	- 60	- 60
Anticonceptie vanaf 21 jaar	- 70	- 70	- 70	- 70
Zittend ziekenvervoer	- 135	- 135	- 135	- 135
<b>Totale opbrengst pakketmaatregelen</b>	<b>- 944</b>	<b>- 999</b>	<b>- 999</b>	<b>- 999</b>

Bron: VWS, 2003.



## Verdeling extra intensiveringsmiddelen

Tabel 3 geeft een overzicht van de (samenstelling van de) beschikbare groeiruumte voor de zorguitgaven in de jaren 2003 tot en met 2007. Uitgangspunt vormen de extra middelen voor uitgavengroei die door het kabinet Balkenende I beschikbaar zijn gesteld. Het CPB heeft met nieuwe informatie over de uitgavenontwikkeling in 2002 en 2003 een herberekening van de verwachte uitgavengroei bij ongewijzigd beleid gemaakt. Daar bovenop is in het Hoofdlijnenakkoord een intensivering opgenomen die oploopt tot € 1 miljard in 2007. Ook heeft een actualisatie van de bouwramingen plaatsgevonden.

Tabel 3 – Beschikbare groeiruumte in de jaren 2003 tot en met 2007					
(bedragen in € miljoen)	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Groeiruumte conform Zorgnota 2003</b>	<b>1 037,9</b>	<b>2 081,0</b>	<b>3 305,1</b>	<b>4 770,7</b>	<b>6 003,0</b>
Herberekening groeiruumte voor Hoofdlijnenakkoord	2,0	279,8	256,6	163,2	326,3
Intensivering Hoofdlijnenakkoord		250,0	500,0	750,0	1 000,0
Technische aanpassing bouwramingen	127,9	90,9	37,7	16,9	- 207,6
Overig	73,3	101,9	107,7	108,2	107,7
<b>Te verdelen groeiruumte over de sectoren</b>	<b>1 241,1</b>	<b>2 803,6</b>	<b>4 207,1</b>	<b>5 809,0</b>	<b>7 229,4</b>

Bron: VWS, 2003.

De beschikbare bedragen zijn op basis van de volgende uitgangspunten over de verschillende sectoren verdeeld. In de eerste plaats zijn aan alle sectoren de middelen toegeedeeld die nodig zijn om de effecten van de demografische ontwikkeling te kunnen opvangen. Deze verdeling is gebaseerd op door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu<sup>1</sup> (RIVM) vastgestelde percentages. Vervolgens zijn middelen voor de uitgavengroei genees- en hulpmiddelen toebedeeld. Evenals in voorgaande jaren gaan wij ervan uit dat de basisgroei voor genees- en hulpmiddelen, dat wil zeggen de groei die zou resulteren zonder nieuw beleid, de komende jaren respectievelijk 11,0% en 9,5% zal zijn (inclusief loon- en prijsbijstellingen en inclusief demografische ontwikkeling). Het restant van de te verdelen groeiruumte is verdeeld over de wachtlijstsectoren. Daarbij is het gedeelte van de autonome groei van 2½% voor de gehele zorg dat nog niet is verdeeld, pro rata verdeeld over de wachtlijstsectoren. Het bedrag dat daarboven nog beschikbaar is, is verdeeld op basis van de berekeningen die ten grondslag hebben gelegen aan het rapport Financiële Bouwstenen Zorg.

Tabel 4 geeft de aldus tot stand gekomen verdeling over de sectoren. Deze bedragen zijn ook terug te vinden in de premietabellen in de verdiepingsbijlage. In de toelichting op de beleidsartikelen zijn tabellen met betrekking tot de budgettaire gevolgen van het beleid opgenomen. De daarin vermelde bedragen voor de groeiruumte kunnen afwijken van de volgens tabel 4 toegeedeelde groeiruumte omdat op die beleidsartikelen mogelijk nog een restant van nog andere niet-verdeelde middelen kan staan.

<sup>1</sup> Polder J. J.; Takken J.; Meerding W. J.; Kommer G. J.; Stokx L. J. (2002), «Kosten van Ziekten in Nederland – De zorgeuro ontrafeld» RIVM Rapport 270751005.

Tabel 4 – Verdeling groeiruumte over de verschillende sectoren					
(bedragen in € miljoen)	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Sector</b>					
Preventie en gezondheidsbescherming	0,8	1,6	2,4	3,2	4,0
Curatieve zorg	340,2	678,4	999,6	1 324,9	1 643,8
Geneesmiddelen	297,3	697,5	1 094,3	1 520,1	1 959,9
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en matschappelijke opvang	40,2	99,3	154,5	228,1	285,3
Gehandicaptenzorg (exclusief hulpmiddelen)	79,1	159,4	230,5	315,7	388,1
Hulpmiddelen	59,3	128,5	208,1	292,4	383,2
Verpleging, verzorging en ouderen	409,5	1 013,3	1 475,6	2 071,2	2 500,3
Zorgverzekeringen en diversen	14,7	25,6	42,1	53,4	64,8
<b>Totaal</b>	<b>1 241,1</b>	<b>2 803,6</b>	<b>4 207,1</b>	<b>5 809,0</b>	<b>7 229,4</b>

Bron: VWS, 2003.

## 2.3 Bouw

### Algemeen

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) reguleert de planning en bouw in de intramurale gezondheidszorg. Deze wet regelt zowel uitbreidingsbouw (ook volumebouw genoemd) als instandhoudingsbouw (ook wel nominaal bouw genoemd). De wet kent vergunningenprocedures voor uitbreidings- en instandhoudingsbouw en een meldingsprocedure voor (minder omvangrijke) instandhoudingsbouw. Het belangrijkste uitvoeringsorgaan van het beleid is het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ).

### Uitbreidingsbouw

#### *De vergunningsplichtige uitbreidingsbouw*

De uitbreidingsbouw maakt deel uit van de totale groeiruumte van een sector en vindt plaats om extra productie te kunnen realiseren.

In tabel 5 zijn de exploitatiegevolgen van het actuele bouwprogramma voor de uitbreidingsbouw weergegeven ten opzichte van het jaar 2002.

Tabel 5 Raming exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige uitbreidingsbouw (cumulatief), prijspeil 31 december 2002					
(bedragen in € miljoen)	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Sector</b>					
Ziekenhuizen <sup>1</sup>	13,7	19,8	18,8	27,8	27,2
Verpleeghuizen <sup>2</sup>	29,0	56,6	61,1	64,4	64,4
Geestelijke gezondheidszorg	26,3	40,7	71,4	96,3	83,8
Gehandicaptenzorg <sup>3</sup>	7,7	19,6	24,9	24,9	25,4
<b>Totaal</b>	<b>76,7</b>	<b>136,7</b>	<b>176,2</b>	<b>213,4</b>	<b>200,8</b>

<sup>1</sup> Excl. academische ziekenhuizen

<sup>2</sup> Excl. verzorgingshuizen

<sup>3</sup> Incl. gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven.

Bron: VWS, 2003.

## Instandhoudingsbouw

De instandhoudingsbouw bestaat uit twee groepen: WZV-vergunningenbouw en meldingen. Binnen de meldingen maken we onderscheid tussen jaarlijkse instandhoudingsinvesteringen (onderhoud) en incidentele instandhoudingsinvesteringen (renovatie). Voor de jaarlijkse instandhoudingsinvesteringen ontvangen de instellingen elk jaar een vast bedrag in het budget.

Voor de incidentele instandhoudingsinvesteringen bouwen de instellingen trekkingsrechten op. Op het moment dat een instelling instandhoudingsinvesteringen daadwerkelijk realiseert, wordt het investeringsbedrag van de trekkingsrechten afgeboekt en worden de bijbehorende exploitatielasten aan het budget van de instelling toegevoegd. Voor de exploitatielasten van de WZV-vergunningenbouw geldt een financieel macrokader. Wij stellen eens in de twee jaar het bouwprogramma vast (bestuurlijke actualisatie). Daarbij wordt per project een raming gemaakt van de exploitatielasten. Ook wordt rekening gehouden met de trekkingsrechten die bij een instelling aanwezig zijn en die bij het vergunningsplichtige project dienen te worden ingebracht. Het totaal van de exploitatielasten van het bouwprogramma moet passen binnen het financiële macrokader.

### *De vergunningsplichtige instandhoudingsbouw*

De exploitatiegevolgen van het actuele bouwprogramma voor instandhoudingsbouw ten opzichte van het jaar 2002 zijn weergegeven in tabel 6. Bij deze raming zijn de door de instelling in te brengen trekkingsrechten al op de exploitatielasten in mindering gebracht.

(bedragen in € miljoen)	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Sector</b>					
Ziekenhuizen <sup>1</sup>	20,7	73,7	138,0	186,2	232,6
Verpleeghuizen <sup>2</sup>	29,7	69,1	105,7	166,8	204,0
Geestelijke gezondheidszorg	- 6,0	5,6	32,7	76,4	92,8
Gehandicaptenzorg <sup>3</sup>	30,9	55,8	74,2	81,4	95,0
<b>totaal</b>	<b>75,3</b>	<b>204,2</b>	<b>350,6</b>	<b>510,8</b>	<b>624,4</b>

<sup>1</sup> Excl. academische ziekenhuizen

<sup>2</sup> Excl. verzorgingshuizen

<sup>3</sup> Incl. gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven

Bron: VWS, 2003.

### *Meldingsregeling: Incidentele instandhoudingsinvesteringen (niet-vergunningsplichtig)*

De overheid oefent geen invloed uit op de exploitatielasten volgens de meldingsregeling, aangezien de instelling zelf beslissen over het moment van verzilveren van hun trekkingsrechten.

Wel maken wij jaarlijks een raming van de exploitatiegevolgen van de benutting van de trekkingsrechten. Deze raming is in tabel 7 opgenomen. Daarbij is als ramingsveronderstelling gehanteerd dat de huidige groei van de investeringen voor meldingsbouw zal doorzetten tot het niveau van maximale benutting is bereikt.

Tabel 7: Raming exploitatiegevolgen benutting trekkingsrechten (cumulatief), prijspeil 31 december 2002					
(bedragen in € miljoen)	2003	2004	2005	2006	2007
Geraamde benutting trekkingsrechten	205	325	454	575	703

Bron: VWS, 2003.

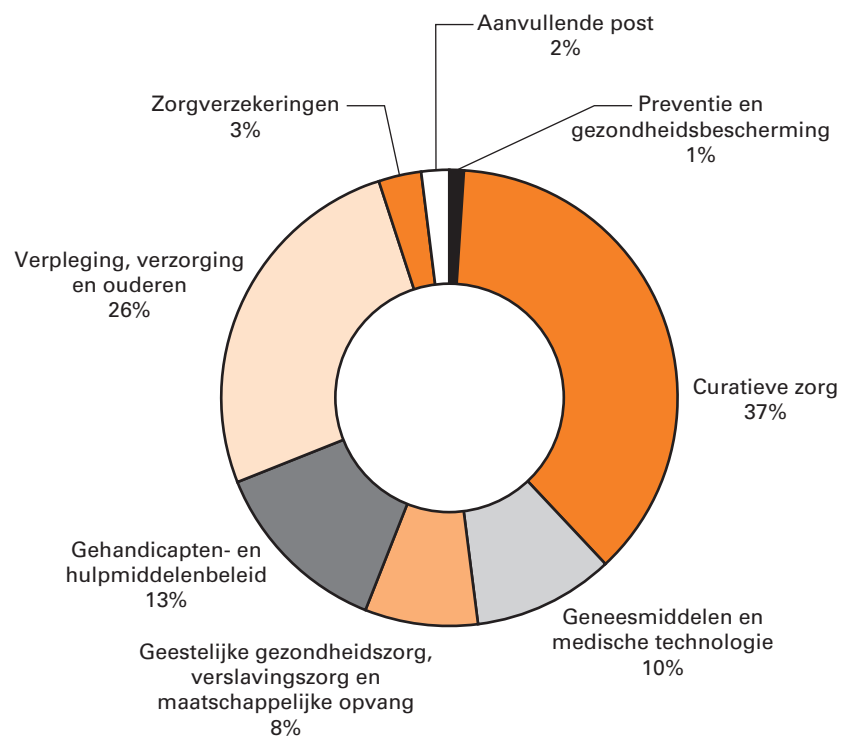
## 2.4 BKZ-uitgaven per sector

Na de verdeling van de beschikbare groeiruumte (zie paragraaf 2.2), de actualisatie van de bouwramingen (zie paragraaf 2.3) en de verwerkte maatregelen zijn de kaders voor de verschillende sectoren opnieuw vastgesteld. Tabel 8 geeft een overzicht van de (bruto) BKZ-uitgaven per sector, zoals ook gepresenteerd in de toelichting op de beleidsartikelen. De verhouding tussen de verschillende sectoren wordt duidelijk in figuur 2.

Tabel 8 – Verdeling van de BKZ-uitgaven per sector (bedragen in € miljard)	
Sector	2004
Preventie en gezondheidsbescherming	0,2
Curatieve zorg	16,7
Geneesmiddelen en medische technologie	4,3
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	3,5
Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid	5,7
Verpleging, verzorging en ouderen	11,6
Zorgverzekeringen	1,3
Aanvullende post	0,9
<b>Totaal bruto BKZ-uitgaven</b>	<b>44,1</b>

Bron: VWS, 2003.

**Figuur 2 – Procentuele verdeling bruto BKZ-uitgaven 2004 naar sector**



Bron: VWS, 2003

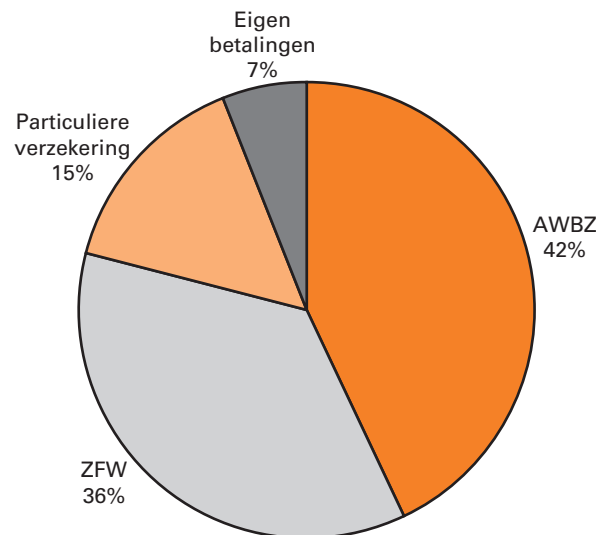
### 3. Financiering

De financiering van de bruto BKZ-uitgaven laat zich in een viertal categorieën onderverdelen. Tabel 9 geeft deze verdeling voor het jaar 2004 in cijfers weer.

Figuur 3 laat de verhouding tussen de verschillende financieringsbronnen zien.

Tabel 9 – Financiering bruto BKZ-uitgaven	
Financieringsbron	(bedragen in € mld)
AWBZ	18,7
ZFW	16,0
Particuliere verzekering	6,6
Eigen betalingen	2,9
<b>Totaal</b>	<b>44,1</b>

Bron: VWS, 2003.

**Figuur 3 – Financiering zorguitgaven in percentages**

Bron: VWS, 2003.

#### 4. Exploitatie zorgfondsen en premie-ontwikkeling

Tabel 10 – Exploitatie en premiestelling AWBZ (bedragen x € 1 mln)		
	2003	2004
<b>ALGEMEEN FONDS</b>		
Uitgaven	19 767,7	20 788,3
– Zorgaanspraken en subsidies	19 602,6	20 618,3
– Beheerskosten	165,1	170,0
Inkomsten	20 607,7	23 785,3
– Procentuele premie	14 817,9	16 510,7
– Eigen bijdragen	1 815,5	2 077,8
– Rijksbijdrage	6,1	6,2
– BIKK	4 189,8	5 357,5
– Overige baten	– 221,6	– 166,9
Exploitatiesaldo	840,0	2 997,1
Vermogen Algemeen Fonds	– 2 838,6	158,5
Vermogensnorm	451,0	541,7
Vermogenssaldo	– 3 289,6	– 383,2
Premieplichtig inkomen (mln)	216 924,8	222 773,6
Procentuele premie (%)*	12,30	13,25
Lastendeckende proc. premie (%)	11,91	11,90
Premie geadviseerd door CVZ (%)	11,56	13,66

\* In 2003 betreft dit de gemiddelde premie.

Bron: VWS, 2003.

De uitgaven in het kader van de AWBZ worden gefinancierd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Deze uitgaven worden gedekt door premie-inkomsten, eigen bijdragen en de «BIKK». Een positief of negatief saldo beïnvloedt de hoogte van het vermogen van het AFBZ,

dat wordt aangehouden in Rijks schatkist. Het exploitatiesaldo van het AFBZ telt mee in het EMU-saldo en vermogenssaldi beïnvloeden de hoogte van de overheidsschuld.

Onder uitgaven worden in tabel 10 verstaan de zorgaanspraken, de AWBZ-subsidies en de beheerskosten die worden gefinancierd uit het AFBZ. Het betreft de posten AWBZ en het deel eigen betalingen AWBZ uit de regel «Eigen betalingen» in tabel 9.

Op 1 juli 2003 is bij hoge uitzondering besloten om de AWBZ-premie per 1 juli te verhogen van 12,05% tot 12,55%. Door tegenvallers bij de AWBZ-uitgaven en tegenvallers bij de premie-inkomsten liep het overschot in het AFBZ, dat mede de hoogte van het EMU-saldo bepaalt, fors terug.

In het Hoofdlijnenakkoord is besloten de AWBZ-premie in 2004 nogmaals fors te verhogen tot 13,25%. Hierdoor overtreffen de inkomsten van het AFBZ in 2004 de uitgaven zodanig dat het grootste deel van het tot en met 2003 opgebouwde vermogenstekort in het AFBZ weggewerkt kan worden. Sinds 2001 bestaat de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK). Via deze bijdrage uit de rijksbegroting worden de volksverzekeringsfondsen gecompenseerd voor een premiederving die resulteerde uit de herziening van het belastingstelsel. De BIKK volgt de ontwikkeling van de heffingskortingen en de AWBZ-premie in samenhang met de overige belasting- en premietarieven van het tarief 1<sup>e</sup> schijf. Door de hogere AWBZ-premie stijgt ook de BIKK.

De lastendekkende premie, dat wil zeggen de premie waarbij alle uitgaven worden gedekt gegeven de overige inkomsten, komt voor 2004 uit op 11,91%. Het kabinet heeft weloverwogen besloten de premie hoger vast te stellen om het negatieve vermogenssaldo weg te werken. Het CVZ heeft in zijn premieadvies een premie geadviseerd van 13,66%. Het college adviseerde ook een bovenlastendekkende premie om het vermogenstekort weg te werken. Het verschil tussen het advies van het CVZ en de in deze begroting opgenomen premie is het gevolg van bijstellingen van de uitgavenramingen in en na het Hoofdlijnenakkoord en de neerwaartse ramingbijstelling van het premieplichtig inkomen door het CPB sinds de vaststelling van het advies van het CVZ en de inpassing van het AFBZ in het totale budgettaire lasten- en koopkrachtbeeld.

Tabel 11 Exploitatie en premiestelling ZFW (bedragen x € 1 mln)		
	2003	2004
<b>ALGEMENE KAS</b>		
Uitgaven	13 500,4	14 019,1
– Uitkering voor verstrekkingen	12 896,5	13 506,6
– Uitkering voor beheerskosten	466,9	472,6
– Nacalculatie verstrekkingen	100,0	0,0
– Nacalculatie verstrekkingen	– 2,0	0,0
– Overige uitgaven	39,0	39,9
Inkomsten	13 737,7	13 426,6
– Procentuele premie	10 983,4	10 494,9
– MOOZ	390,6	441,3
– Rijksbijdrage	2 669,4	2 799,7
– Overige baten	– 306,2	– 309,4
Exploitatiesaldo	237,2	– 592,6

Tabel 11 Exploitatie en premiestelling ZFW (bedragen x € 1 mln)		
	2003	2004
Vermogen Algemeen Fonds	16,1	- 576,4
Vermogensnorm	- 1 493,4	- 1 338,4
Vermogenssaldo	1 509,5	762,0
INDIVIDUELE FONDSEN		
Uitgaven	16 147,3	15 916,8
- Verstrekkingen	15 680,4	15 444,1
- Beheerskosten	466,9	472,6
Inkomsten	16 322,4	16 828,5
- Nominale rekenpremie	2 095,5	1 992,5
- Nominale opslagpremie	808,0	899,3
- Uitkering voor verstrekkingen (incl. nacalculatie)	12 994,5	13 506,6
- Uitkering voor beheerskosten	466,9	472,6
- Overige baten	- 42,5	- 42,5
Exploitatiesaldo	175,1	911,8
Premieplichtig inkomen (mln)	130 526,9	131 759,1
Procentuele premie (%)	8,45	8,00
Lastendeckende proc. premie (%)	8,26	8,45
Premie geadviseerd door CVZ (%)	7,65	9,21

Bron: VWS, 2003.

De ZFW wordt uitgevoerd door 25 individuele ziekenfondsen en de Algemene Kas. Het overgrote deel van de uitgaven in het kader van de ZFW vindt plaats door de individuele ziekenfondsen. Een beperkt bedrag wordt betaald door de Algemene Kas. Dit betreft de post «Overige uitgaven». Alle andere uitgaven van de Algemene Kas zijn bijdragen aan de individuele ziekenfondsen ter (gedeeltelijke) dekking van verstrekkingen en beheerskosten.

De uitgaven van de Algemene Kas worden gedekt door inkomsten uit procentuele premies, rijksbijdragen en de MOOZ (de bijdrage van particulier verzekerden aan de ziekenfondsen in verband met de oververteenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds). Een positief of negatief saldo beïnvloedt de hoogte van het vermogen van de Algemene Kas, dat wordt aangehouden in Rijks schatkist. Het exploitatiesaldo van de Algemene Kas telt mee in het EMU-saldo en vermogenssaldi beïnvloeden de hoogte van de overheidsschuld.

De uitgaven van de individuele fondsen worden gedekt door de bijdrage uit de Algemene Kas en nominale premies. Een positief of negatief saldo beïnvloedt de hoogte van de reservepositie van een ziekenfonds. Deze reservepositie mag een fonds vrij kiezen, maar dient wettelijk tussen een maximum en een minimum te blijven.

De eerste vier uitgavenposten van de Algemene Kas zijn bijdragen aan individuele ziekenfondsen in het kader van de verzekeraarsbudgettering. De uitkering voor verstrekkingen stijgt fors. Dit hangt grotendeels samen met de thans hoger geraamde uitgaven. Een deel (circa € 100 miljoen) is het gevolg van het overheidsbesluit om de nominale rekenpremie te verlagen. Bij een lagere rekenpremie wordt een groter deel van de uitgaven van verzekeraars gedekt uit de Algemene Kas en hoeven zij een kleiner deel uit nominale premies te dekken. De overige uitgaven zijn uitgaven van de Algemene Kas zelf. Dit betreft de kosten van het College van Zorgverzekeringen en subsidies.



Bij de inkomsten van de Algemene Kas laten de premie-inkomsten een daling zien omdat besloten is de werknemerspremie in 2004 0,45% te laten dalen (van 1,70% naar 1,25%) ter compensatie van de beperking van het ziekenfondspakket.

Per saldo wordt voor 2004 een exploitatiesaldo van – € 592,6 miljoen geraamd. Daarmee wordt een deel van het vermogensoverschot weggewerkt.

Volgens de huidige raming worden de uitgaven van de individuele fondsen in 2003 ongeveer gedekt door de bijdragen uit de Algemene Kas plus de nominale premies. Die nominale premies zijn in 2003 duidelijk hoger door de ziekenfondsen vastgesteld dan aangenomen in de Zorgnota 2003. Voor 2004 wordt de bijdrage uit de Algemene Kas duidelijk verhoogd. Desondanks wordt aangenomen dat de opslagpremies licht zullen stijgen. Hierdoor ontstaat een positief exploitatiesaldo bij de individuele ziekenfondsen. De ziekenfondsen laten de nominale premie naar huidige aanname stijgen omdat zij het overschot nodig hebben om hun reserves aan te vullen na het financieel slecht verlopen jaar 2002 en omdat zij een buffer zullen willen aanhouden onder meer omdat ze verwachten dat bepaalde maatregelen geen doorgang zullen vinden. Aangenomen wordt dat de totale nominale premie constant blijft.

Het CVZ heeft geadviseerd de ZFW-premie vast te stellen op 9,21%. Bij deze premie voorzag het CVZ een lastendeckende premie. Het verschil tussen het advies van het CVZ en de in deze begroting opgenomen premie is het gevolg van bijstellingen van de uitgavenramingen in en na het Hoofdlijnenakkoord en de neerwaartse ramingsbijstelling van het premieplichtig inkomen door het CPB sinds de vaststelling van het advies van het CVZ en de inpassing van de Algemene Kas in het totale budgettaire lasten- en koopkrachtbeeld.

De bovenbeschreven ontwikkelingen leiden tot het volgende beeld van de premies in 2003 en 2004.

Tabel 12 Premieoverzicht		
	2003	2004
<b>AWBZ</b>		
Procentuele premie (in %) <sup>1</sup>	12,30	13,25
<b>ZFW</b>		
Procentuele premie 65- werknemer (in %)	1,70	1,25
Procentuele premie 65- werkgever (in %)	6,75	6,75
Procentuele premie 65- totaal	8,45	8,00
Procentuele premie 65+ AOW	8,45	8,00
Procentuele premie 65+ aanvullend pensioen	6,45	6,00
Nominale rekenpremie <sup>2</sup>	257,37	246,40
Nominale opslagpremie (gemiddeld) <sup>3</sup>	98,38	109,35
Nominale premie totaal (gemiddeld) <sup>3</sup>	355,75	355,75
Nominale premie totaal 18-	0,00	0,00
<b>WTZ4</b>		
Standaardpolis 65-	1 416,48	1 465,12
Standaardpakketpolis 65-	1 770,72	1 831,40
Standaardpolis 65+	1 770,72	1 831,40
Standaardpakketpolis 65+	1 770,72	1 831,40
Studenten standaardpakketpolis 20-	217,80	
Studenten standaardpakketpolis 20+	9,48	
Studenten SPP kinderen	4,74	
<b>Omslagbijdragen<sup>3</sup></b>		

Tabel 12 Premieoverzicht		
	2003	2004
MOOZ 20-	48,00	53,44
MOOZ 20-64	96,00	106,88
MOOZ 65+	76,80	85,50
WTZ 20-	160,32	192,66
WTZ 20-64	320,64	385,31
WTZ 65+	0,00	0,00

<sup>1</sup> In 2003 is de premie 12,05% in het eerste halfjaar en 12,55% in het tweede halfjaar.

<sup>2</sup> Jaarbedragen in Euro.

<sup>3</sup> Jaarbedragen in Euro; voor 2004 betreft het een raming.

<sup>4</sup> Jaarbedragen in Euro, kale premie; voor 2004 betreft het een raming.

Bron: VWS, 2003.

De ontwikkelingen in de AWBZ- en ZFW-premies zijn hierboven al toegelicht.

De premie voor de Standaard(pakket)polis ondergaat in 2004 naar verwachting een stijging van circa 3%. Deze premie volgt de uitgavenontwikkeling bij particuliere verzekeringen. Het verzekerd pakket van de Standaard(pakket)polis zal in lijn met het ziekenfondspakket beperkt worden.

De MOOZ-omslagbijdrage zal naar verwachting in 2004 hoger moeten worden vastgesteld dan in 2003. Deze stijging hangt samen met de kostenontwikkeling bij oudere ziekenfondsverzekerden.

De WTZ-omslagbijdrage zal naar verwachting in 2004 moeten worden vastgesteld op een flink hoger niveau dan in 2003. De stijging hangt vooral samen met het stijgende omslagtekort (het verschil tussen de kosten van verzekerden met een (S)S(P)P-polis en de premie die zij betalen). Met name de kosten van oudere particulier verzekerden die een S(S)P-polis hebben, zijn in 2002 en de eerste helft van 2003 fors gestegen. Daarnaast stijgt de omslagbijdrage vanwege de noodzaak om een voorziening op te bouwen om de overloopschade (schade die in beeld komt na afloop van het jaar) bij beëindiging van de WTZ te kunnen dekken. Deze voorziening moet op orde zijn per ultimo 2005, omdat in 2006 naar huidige aanname geen WTZ-omslagbijdrage meer zal worden ontvangen, maar er nog wel overloopschade zal zijn.

## 5. Internationale benchmarking

### 5.1 Inleiding

Veel zorgsystemen in de Westerse landen kennen momenteel vergelijkbare vraagstukken: wachttijden en snel toenemende kosten, onder andere door vergrijzing en door een sterke ontwikkeling in de medische technologie. Daarnaast lijken in veel landen ook de verwachtingen die de burgers van de zorg hebben, sterk toegenomen. Dit laatste is mogelijk mede veroorzaakt door de wetenschappelijke doorbraken, die de laatste decennia vanuit het medisch onderzoek gemeld zijn, bijvoorbeeld genterapie en nieuwe geneesmiddelen. Door vergelijken van relevante aspecten van nationale zorgsystemen (benchmarking) kunnen mogelijk oplossingsrichtingen voor de problemen worden gevonden.

De vergelijking van de zorg tussen landen begint in paragraaf 5.2.1 met een vergelijking van de zorguitgaven en enkele verklaringen van de verschillen. Paragraaf 5.2.2 gaat vervolgens in op de verschillen in

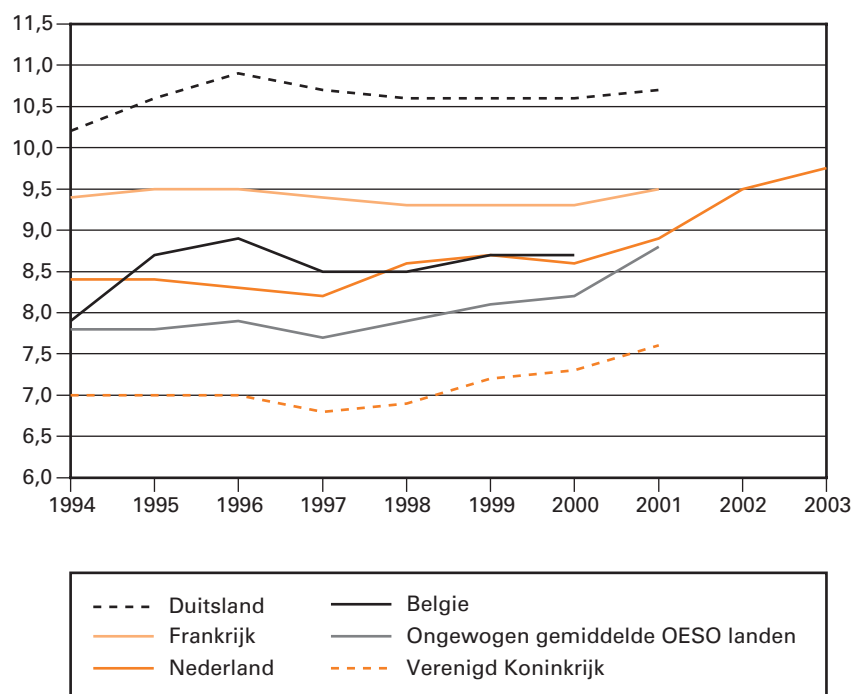
kwaliteit, waaronder de wachttijden, waarna in paragraaf 5.2.3 de zorgstelsels worden vergeleken. In paragraaf 5.3 komen de verschillende typen van uitgavenbeheersing die internationaal worden gehanteerd aan bod. Dit betreft de regulering van prijzen, capaciteit en volume (paragraaf 5.3.1), budgetplafonds (paragraaf 5.3.2) en verschuivingen naar eigen verantwoordelijkheid (paragraaf 5.3.3). Tot slot worden in paragraaf 5.4 enige conclusies geformuleerd.

## 5.2 Gezondheidszorg in OESO-landen

### 5.2.1 Gezondheidszorguitgaven in OESO-landen

De gezondheidszorg in de industrielanden wordt steeds duurder. In juni 2003 heeft de OESO de cijfers gepresenteerd over 2001. In onderstaande grafiek zijn de uitgaven voor zorg van diverse landen opgenomen als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP). De uitgaven aan gezondheidszorg nemen in vrijwel alle OESO-landen toe. Gemiddeld gaven de 30 landen in 2001 8,5% van het BBP uit aan zorg, tegen 8,1% het jaar ervoor en 7,3% in 1990. Nederland kende in 2001 een zorgquote van 8,9% BBP, maar laat de laatste jaren wel een sterke stijging zien. Volgens de meest recente CPB-raming stijgt de zorgquote van 8,9% in 2001 naar 9,5% in 2002 en 9,75% in 2003.

**Figuur 4 – Internationale vergelijking aandeel zorg in bruto binnenlands product**



Bron: OECD Health Data 2003

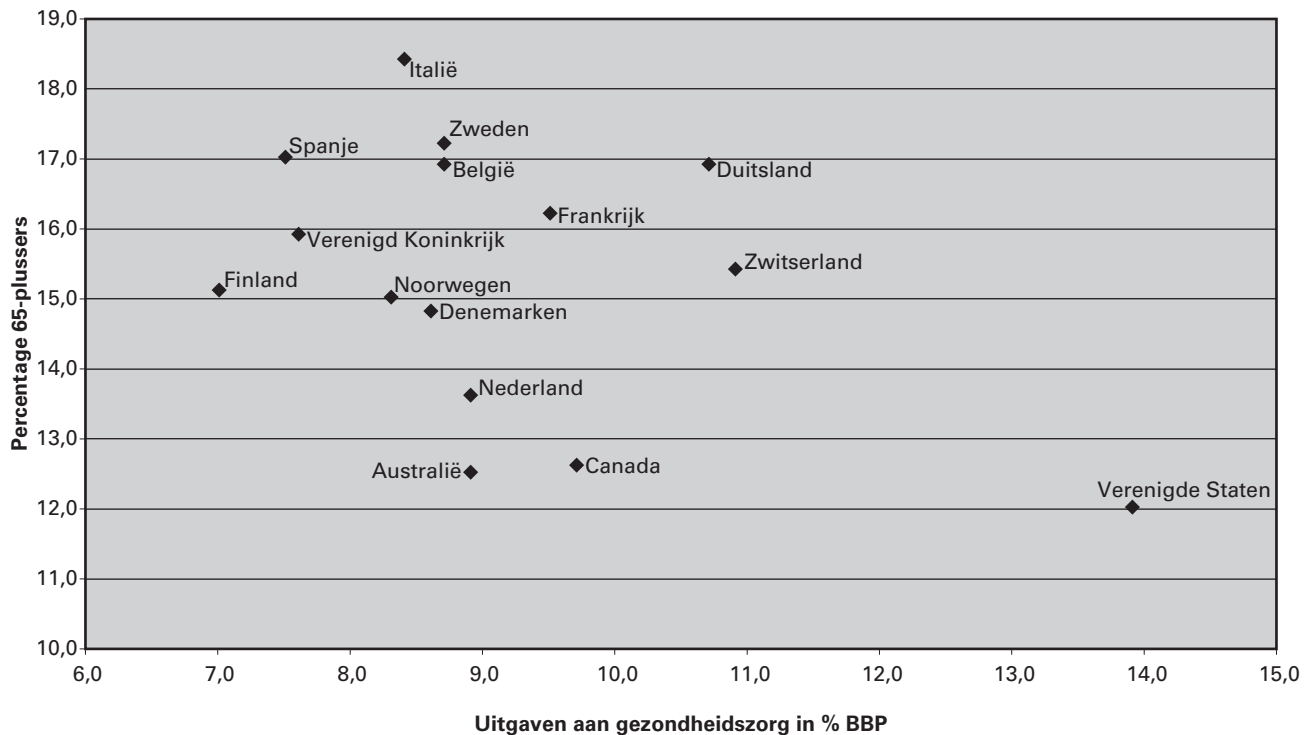
In de grafiek is te zien dat de zorgquote van 2000 op 2001 in vrijwel alle landen sterk stijgt. Verantwoordelijk hiervoor zijn onder andere de hogere uitgaven voor geneesmiddelen en voor medische technologie. De uitgaven voor geneesmiddelen stegen in Nederland in de periode

1990–2001 met 48 procent in reële termen. Met deze kostenstijging neemt Nederland binnen de groep van bovengenoemde landen een middenpositie in, terwijl in absolute termen de uitgaven aan geneesmiddelen relatief laag zijn. Opvallend is dat in Nederland de care-uitgaven relatief snel toenemen. Daar komt de uitgavenversnelling die zich voordoet in 2002 nog bovenop. Dat jaar is in de grafiek nog niet meegenomen.

Verschillen tussen landen in zorgconsumptie kunnen samenhangen met diverse factoren. Zo komen ziekten niet in alle landen in dezelfde mate voor. Dat is mede het gevolg van verschillen in risicofactoren, zoals klimaat of cultureel bepaalde verschillen in leefstijl. Daarbij komen verschillen tussen landen in de aard en omvang van geleverde zorg aan bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten en ouderen. De verzorgingshuizen zoals we die in Nederland kennen bestaan bijvoorbeeld niet in het buitenland. Andersom kent de gezondheidszorg in Nederland niet de kuuroorden, die in andere landen (met name in Duitsland) een onderdeel van de zorg zijn. Daarnaast zijn er ook definitieverschillen tussen landen. Bepaalde vormen van gehandicaptenzorg vallen in sommige landen wel en soms niet onder de definitie van gezondheidszorg.

Van groot belang zijn de verschillen in de demografische opbouw van de bevolking. Bij landen met relatief veel ouderen zullen (bij gelijke overige factoren) naar verwachting de zorguitgaven relatief hoog zijn, omdat de gemiddelde zorgkosten voor 65-plussers ongeveer drie tot vier keer zo hoog zijn als voor de jongere bevolking. Onderstaande grafiek geeft inzicht in de uitgaven in verhouding tot de vergrijzing. Zo hebben Engeland, België, Spanje, Zweden en Italië relatief lage uitgaven en een hoge vergrijzing. Nederland besteedt een groter deel van zijn BBP aan zorg, maar heeft een lagere mate van vergrijzing. In nog sterkere mate geldt dit voor landen als de Verenigde Staten, Canada en Australië. In Zwitserland, Duitsland en Frankrijk zijn de zorguitgaven hoger, maar ook de mate van vergrijzing is hoger.

**Figuur 5 -Gezondheidszorguitgaven gerelateerd aan de mate van vergrijzing**



Bron: OECD Health Data 2003

Nederland behoort (nog) tot de minst vergrijsde landen binnen de Europese Unie. De Nederlandse bevolking bestaat uit 14% 65-plussers, terwijl bijvoorbeeld Zweden zo'n 18% ouderen heeft (Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2003). Op basis hiervan zou verwacht kunnen worden dat het Nederlandse zorgsysteem, als alle andere condities gelijk zouden zijn, zo'n 7% tot 8% goedkoper zou zijn dan het Zweedse. Het Zweedse systeem is echter niet duurder dan het Nederlandse. Omdat er sterke verschillen bestaan tussen nationale zorgsystemen maar ook ten aanzien van het gebruik en de prijzen van geneesmiddelen, zijn zorgkostenverschillen tussen landen echter nooit eenduidig aan verschillen in vergrijzing dan wel aan verschillen in kosteneffectiviteit toe te wijzen.

De vergrijzing neemt in Nederland nog verder toe en dat leidt tot een verdere druk op de gemiddelde zorgkosten per hoofd van de bevolking. Demografische projecties geven daarbij aan, dat de vergrijzing en groei van de bevolking in Nederland de komende 20 jaar sterker zal zijn dan in veel andere Europese landen (Achterberg & Helder, 1997), waardoor de totale kosten van de Nederlandse zorg waarschijnlijk ook sneller zullen moeten stijgen dan die in andere landen. Het effect van de vergrijzing zal niet voor alle zorgsectoren in gelijke mate een rol spelen.

Uit de hoge zorguitgaven in Nederland, gegeven de mate van vergrijzing in vergelijking met de ons omringende landen, zou de indruk kunnen ontstaan dat het Nederlandse verzekeringspakket ten opzichte van de andere landen op veel punten uitgebreider is. Dit zou er op kunnen duiden dat in andere landen de eigen verantwoordelijkheid van de burger veel meer wordt benadrukt dan in Nederland. In het bijzonder zou onderzocht

moeten worden of aanspraken van de cure- en caresector in Nederland overeenstemmen met die van de andere landen binnen Europa. Door de grote differentiatie van zorgstelsels binnen Europa (zie paragraaf 5.2.3) vergt een eenduidige pakketvergelijking nader onderzoek. De informatie is beperkt en geeft weinig zicht op de omvang van de aanspraken.

In een recente samenvatting van internationaal vergelijkende rapporten – onder ander van WHO en OESO – over het Nederlandse zorgsysteem (Kramers et al., 2001) wordt een aantal globale conclusies getrokken. Het aantal consultaties van artsen lijkt bij het gemiddelde over de OESO-landen te liggen. Nederland kent een zeer uitgebreide formele caresector – verzorgings- en verpleeghuizen –, waarbij de woonlasten ook op de zorgkosten drukken en er een culturele voorkeur lijkt te bestaan voor formele in plaats van informele zorg. Nederlanders gebruiken relatief weinig antibiotica, met als gunstig effect dat antibioticaresistentie in Nederland nog relatief weinig voorkomt. Nederlandse artsen en burgers lijken niet altijd onmiddellijk voor de meest invasieve ingrepen te kiezen, zodat er in Nederland bijvoorbeeld nog relatief weinig keizersneden plaatsvinden. In Nederland heeft de huisarts altijd een poortwachtersrol gehad, die overmatige zorgconsumptie in het verleden mogelijk heeft kunnen beperken.

### **5.2.2 Kwaliteit**

In de vorige paragraaf is gebleken dat het vergelijken van uitgavenniveaus niet alles zegt. Ook na correctie voor de mate van vergrijzing zijn er diverse factoren die de verschillen gedeeltelijk kunnen verklaren. Die factoren zijn echter niet makkelijk te kwantificeren. Zo blijft onduidelijk of verschillen voortkomen door verschillen in kwaliteit, pakket aanspraken of doelmatigheid.

Om een internationale vergelijking van de kwaliteit van zorg mogelijk te maken werkt de OESO momenteel, in het kader van een studie naar de prestaties van zorgsystemen, aan de ontwikkeling van een (beperkte) lijst indicatoren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de 5-jaarsoverlevingskans bij bepaalde vormen van kanker, om het vóórkomen van nierfalen bij diabetici, om de vaccinatiegraad van kinderen of om de 30-dagenoverlevingskans na een beroerte. De gegevens uit dit project zijn evenwel nog niet beschikbaar.

Vaak wordt bij het meten van kwaliteit gekeken naar levensverwachting en kindersterfte. Deze indicatoren worden reeds lang gemeten. Toch is dat maar een zeer beperkte weergave van de prestaties van een zorgsysteem. Immers, hygiëne, verkeersveiligheid, educatie, goede woonvoorzieningen en voldoende inkomen zijn meer bepalend voor de levensverwachting dan de kwaliteit van de gezondheidszorg. Volgens de eerder vermelde samenvatting van internationaal vergelijkende rapporten scoort Nederland momenteel slechter dan vroeger op de gezondheidsindicatoren levensverwachting en perinatale sterfte. Wel geven Nederlanders in enquêtes relatief vaak aan tevreden te zijn met hun zorgsysteem in vergelijking met andere burgers van de Europese Unie.

Een kwaliteitsaspect van de gezondheidszorg in een land is het bestaan van wachttijden. In de loop van 2003 komt een OESO-studie uit over dit thema. Uit voorlopige conclusies blijkt dat de wachttijden voor zorg in nagenoeg alle OESO-landen als problematisch worden ervaren (uitzonderingen zijn Duitsland, België, Frankrijk en de Verenigde Staten) en nopen

tot politieke en beleidsmatige activiteiten. Wel zijn daarin majeure verschillen te onderscheiden. In Denemarken worden bijvoorbeeld diverse centraal aangestuurde activiteiten ontplooid om de wachttijden te verminderen. In Nederland is de impressie ontstaan dat wachttijden worden gezien als indicator van de mate waarin een zorgsysteem «werkt». Het OESO-onderzoek tracht de wachttijden van de verschillende landen in beeld te brengen en vervolgens verklarende factoren aan te wijzen voor deze wachttijden. Niet alle deelnemende landen (zie onderstaande tabel) hebben wachttijden gerapporteerd. De reden daarvoor is dat de informatievoorziening in deze landen van onvoldoende gehalte is, of dat de wijze waarop wachttijden worden gemeten onvergelijkbaar is met de data uit andere landen. Deze achterblijvende informatie is primair terug te voeren op de afwezigheid van centrale regie (bijvoorbeeld door een grote particuliere sector, verregaande regionale verschillen, decentrale bevoegdheden).

Uit onderstaande tabel 13 blijkt dat de wachttijden in Nederland gemiddeld gezien het kortst zijn van de landen die wachttijden rapporteren. Sinds 2000 zijn de wachttijden in Nederland nog verder gedaald. Uit een inventarisatie onder de OESO-landen blijkt dat Nederland voorop loopt bij de aanpak van wachttijden. Dit betreft de aanpak van de wachttijden die is ingezet met het actieplan Zorg Verzekerd, maar ook de informatievoorziening over de wachttijden. Een belangrijke oorzaak van het voorlopen kan gevonden worden in de rechtszaken die zich in Nederland hebben afgespeeld tijdens het kabinet Kok II (gehandicaptenzorg en thuiszorg), waardoor het recht op zorg is afgedwongen.

Tabel 13 – Wachttijden in het jaar 2000 in dagen in landen die wachttijden rapporteren

	Heupoperatie	Knieoperatie	Staaroperatie	Spataderoperatie	Baar-moeder-verwijdering	Prostaatbehandeling	Galblaasoperatie	Liesbreukoperatie	Bypassoperatie	Dotterbehandeling
Australië	163	201	179	216	54	69	83	87	44	
Denemarken	150	166	195	211	81	88	89	111		
Engeland	244	281	206	227	159	52	156	150	213	80
Finland	206	274	233	280	100	81	159	125	42	30
Noorwegen	133	160	631	142	64	75	103	109	46	53
Nederland	96	85	111	107	61	60	71	75		18
Zweden			199							

Bron: OESO voorlopige cijfers

### 5.2.3 Zorgstelsels

De wijze waarop de toegang tot de gezondheidszorg in organisatorische en financiële zin is geregeld, verschilt per lidstaat. Grofweg zijn de stelsels in te delen in twee groepen. Aan de ene kant zijn er de systemen van nationale gezondheidszorg. Typisch voor dit systeem is dat de zorg uit de belastingen gefinancierd wordt. De zorgaanbieders zijn in dienst van de overheid en de capaciteit wordt centraal gepland. Aan de andere kant staan de systemen van (sociale) ziektekostenverzekering. Daarbij zijn de zorgaanbieders in principe zelfstandig en brengen de patiënten voor geleverde zorg een tarief in rekening. De patiënten krijgen de kosten van zorg geheel of gedeeltelijk terug van de verzekering. Tabel 14 geeft van een aantal OESO-landen aan hoe de financiering in het zorgsysteem plaatsvindt en of de aanbieders publieke of private partijen zijn. De indeling geeft inzicht in de hoofdlijnen van de inrichting van de zorg-

stelsels. In meer detail is er veel meer over de inrichting te zeggen. Zo kennen Nederland, Duitsland en Oostenrijk een sociale ziektekostenverzekering die is ingericht als een naturaverzekering: de verzekerde heeft recht op zorg als zodanig.

Tabel 14 – Zorgsysteem in diverse OESO-landen			
	publiek	Zorgaanbieders Mix publiek en privaat	privaat
Sociale verzekering		België Frankrijk	
Mix sociale verzekering en private verzekering		Duitsland Oostenrijk	Nederland
Private verzekering			Zwitserland Verenigde Staten
Mix sociale verzekering en belastingmiddelen	Italië		
Belastingmiddelen	Verenigd Koninkrijk Ierland Denemarken Zweden Noorwegen Finland Portugal Spanje	Australië	Canada

### 5.3 Uitgavenbeheersing

Uit paragraaf 5.2.1 blijkt dat de kosten van de gezondheidszorg de afgelopen jaren fors zijn gestegen. Deze uitgavenstijging leidt tot een toenemende druk op publieke middelen en daarmee tot bezorgdheid. Veel OESO-landen hebben geprobeerd de uitgavengroei af te remmen. Daarbij zijn veelal drie typen kostenbeheersingsmechanismen ingezet.

#### 5.3.1 Regulering van prijzen, capaciteit en volume

De meeste landen hebben gekozen voor het op de een of andere manier reguleren van prijzen en capaciteit in de zorg. In landen met een systeem van nationale gezondheidszorg kunnen de loonkosten van de werknemers direct in bedwang gehouden worden. In andere landen worden prijzen (tarieven) voor medische diensten door de overheid vastgesteld of moeten ze tenminste goedgekeurd worden.

Ook hebben diverse landen maatregelen genomen om instroom in opleidingen te reguleren (numerus fixus) en om de (bedden)capaciteit in de ziekenhuissector te beheersen.

Op zichzelf kunnen deze maatregelen effectief zijn, maar tegelijkertijd kunnen ze leiden tot strategisch gedrag van aanbieders. Om te compenseren voor efficiencykortingen gaat men meer produceren of vindt substitutie plaats naar duurdere vormen van zorg of naar sectoren zonder prijsregulering.



### 5.3.2 Algemene of specifieke budgetplafonds

Een veelgebruikt middel voor kostenbeheersing is gebruik maken van budgetplafonds. Begin jaren tachtig was dit middel vooral gericht op de ziekenhuissector, maar in de loop van de tijd zijn ook voor andere sectoren plafonds ingesteld.

In volledig publieke systemen zoals Denemarken, Ierland en Nieuw Zeeland is dit middel het meest effectief geweest. Een ongewenst neveneffect is het ontbreken van prikkels voor aanbieders om de productiviteit te verhogen of efficiënter te gaan werken. Het blijkt dat inefficiënte aanbieders bevoordeeld en efficiënte aanbieders juist gestraft worden. Om die reden combineren veel OESO-landen inmiddels budgetplafonds met maatregelen die rekening houden met de gerealiseerde productie of relatieve efficiëntie.

### 5.3.3 Verschuivingen naar eigen verantwoordelijkheid

Naast maatregelen om de doelmatigheid te verhogen zijn er andere oplossingen denkbaar om de zorguitgaven te beheersen en het beslag op de collectieve middelen niet verder te laten oplopen. Gedacht kan worden aan verhoging van de eigen betalingen. Ook op dit punt een internationale vergelijking.

De financiering van een gezondheidsstelsel in een land kan plaatsvinden vanuit verschillende bronnen, zoals belastingen, sociale zekerheidsbijdragen, particuliere verzekeringen en eigen betalingen. Voor Nederland geldt dat het grootste gedeelte van de zorg wordt gefinancierd via sociale zekerheidspremies en particuliere verzekeringspremies. Eigen betalingen zijn in Nederland aanwezig in de Algemene Wet Bijzondere Ziekten (AWBZ), op vrijwillige basis bij particuliere verzekeringen en enkele verplichte eigen betalingen in de Ziekenfondswet (kraamzorg, hulpmiddelen en ziekenvervoer). De belangrijkste reden van de keuze voor eigen betalingen binnen de gezondheidszorg is dat dit de financiële verantwoordelijkheid van de individuele burger vergroot en de financiële verantwoordelijkheid van de overheid verkleint. Dit is ook noodzakelijk voor een vraaggestuurde zorg.

Uit OESO-cijfers blijkt dat Nederland in internationaal perspectief een laag aandeel eigen betalingen heeft (zie tabel 15).

Tabel 15 – Internationale vergelijking eigen betalingen in de zorg			
Aandeel eigen betalingen uitgedrukt in aandeel van de totale uitgaven gezondheidszorg (jaar 2001)			
Land	Aandeel eigen betalingen	Land	Aandeel eigen betalingen
Nederland	9%	Verenigd Koninkrijk	16%*
Frankrijk	10%	Denemarken	16%
Duitsland	11%	België	18%*
Zweden	14%*	Italië	20%
Verenigde Staten	15%	Spanje	24%

Bron: OECD Health Data 2003, behalve \* Schneider 1997 met niveau 1994 (geen OESO-cijfers beschikbaar).

In Duitsland is recentelijk voorgesteld om € 23 miljard te besparen door versoering van de verplichte zorgverzekering. Het Duitse voorstel voorziet in een stapsgewijze introductie van eigen bijdragen en verwijdering van verschillende voorzieningen uit het pakket. Kronen en bruggen verdwijnen uit het pakket, patiënten betalen € 10 bij elk bezoek aan een arts en voor elke dag die ze in een ziekenhuisbed doorbrengen. Ook komt tien procent van de kosten van geneesmiddelen voor eigen rekening.

#### **5.4 Conclusie**

De gezondheidszorg is internationaal moeilijk te vergelijken. De resultaten van een brede internationale prestatiemeting op het terrein van zorgstelsels zijn op dit moment nog niet voorhanden. Op basis van voorlopige gegevens op onderdelen kunnen wel enige indicaties worden afgeleid over het functioneren van ons zorgstelsel. De uitgaven lijken in Nederland hoger dan in de ons omringende landen, ook als rekening gehouden wordt met verschillen in de mate van vergrijzing.

## VERDIEPINGSBIJLAGE

### LEESWIJZER

De verdiepingsbijlage bestaat uit:

- Een cijfermatig overzicht per artikel (begroting en/of premie).
- Een was-woordtabel begroting.
- Overzichtsconstructies.
- Een overzicht van bijdragen aan ZBO's en RWT's.

Per artikel worden de standen (begroting en/of premie) en de belangrijkste mutaties (begroting en/of premie) toegelicht.

Bij de begrotingsuitgaven betreffen de toelichtingen mutaties vanaf 2003 ten opzichte van de eerste suppletore wet. Kasmutaties worden toegelicht indien ze in enig jaar meer dan € 500 000 bedragen. Verplichtingenmutaties worden niet toegelicht voor zover het gaat om mutaties met een technisch karakter. Dit is bij de meeste verplichtingenmutaties het geval. Technische mutaties zijn onder andere de bij de kasmutaties behorende verplichtingenmutaties (kas = verplichtingen) en het aanpassen van de verplichtingenraming als gevolg van het aangaan van meerjarige projectsubsidies. Bij deze mutaties wordt de verplichtingenraming in het uitvoeringsjaar verhoogd en in de daaropvolgende jaren met hetzelfde bedrag verlaagd. In alle gevallen hebben de mutaties geen gevolgen voor de kasraming. De posten nieuwe nominale wijzigingen op de beleidsartikelen betreffen de toedeling van voornamelijk loonbijstelling vanuit niet-beleidsartikel 99.

Bij de premie-uitgaven geven de premietabellen voor de betreffende artikelen een overzicht van de premie-uitgaven en de financiering van die uitgaven.

Deze tabellen zijn verdeeld in drie blokken:

- De opbouw van de uitgavenstand sinds de Zorgnota 2003 (A).
- De financiering (B).
- De aansluiting tussen het financieringsniveau en het netto-BKZ (C).

De gegevens die in de verschillende blokken zijn vermeld, hebben betrekking op de uitgaven en financiering van het eerste en tweede compartiment.

- A. De uitgaven in dit blok omvatten niet alleen mutaties die het resultaat zijn van politieke prioriteitenstelling (zowel intensiveringen als maatregelen) of autonome ramingsbijstellingen (bijv. loon- en prijsbijstellingen), herschikkingen en technische mutaties, maar ook mutaties die voortkomen uit de afrekening van de uitgaven tot en met het jaar 2002.
- B. Het financieringsblok geeft aan op welke wijze de uitgaven gefinancierd worden in het desbetreffende jaar. De financiering kan op diverse manieren plaatsvinden, namelijk via:
- De AWBZ.
  - De ZFW.
  - De particuliere verzekeraars.
  - Eigen betalingen van particulieren.
  - Eigen betalingen AWBZ.

In verschillende tabellen is sprake van een «mutatie financieringsachterstand». Deze mutatie is te verklaren uit het verschijnsel dat de uitgaven en de financiering niet gelijk behoeven te zijn. Bij een

financiering die lager is dan de uitgaven, is sprake van een financieringsachterstand. Is de financiering hoger dan de uitgaven, dan is sprake van een financieringsvoorsprong. Een financieringsachterstand kan ontstaan in gebudgetteerde sectoren, onder andere als het vastgestelde budget (de uitgaven) niet geheel gedekt is door declaraties (financiering). Bij een financieringsvoorsprong is het tegenovergestelde het geval. De achterstand of voorsprong kan in volgende jaren worden ingelopen door aanpassing van de tarieven.

- C. Voor de zorg is een budgettair uitgavenplafond vastgesteld, het Budgettair Kader Zorg. De uitgaven die aan dit kader worden getoetst, zijn de netto BKZ-uitgaven, dat wil zeggen de bruto BKZ-uitgaven verminderd met de BKZ-ontvangsten (eigen betalingen van patiënten).

Na deze onderdelen volgt een inhoudelijke toelichting op de (belangrijkste) nieuwe mutaties sinds de Voorjaarsbrief Zorg 2003.

Voor de begrotingsuitgaven en -ontvangsten is een «was-woordt tabel» opgenomen. Deze tabel geeft de aansluiting tussen de ontwerpbegroting 2003 en de ontwerpbegroting 2004 op artikel- en op doelstellingenniveau. Dit is noodzakelijk, omdat de structuur van de artikelen is gewijzigd.

In de bijlage «overzichtsconstructies» worden de ramingen vermeld die in deze begroting zijn opgenomen en deel uitmaken van een overzichtconstructie.

In de verdiepingsbijlage is ten slotte het overzicht «bijdragen aan ZBO's en RWT's» opgenomen. Hierin zijn zowel de zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) en rechtspersonen met een wettelijke taak (RWT's) die een bijdrage ontvangen vanuit de begroting vermeld, als die welke via de premie worden gefinancierd.

## BELEIDSARTIKEL 21: PREVENTIE EN GEZONDHEIDS- BESCHERMING

### Begroting

#### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1621	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		196 219	193 303	182 000	182 613	203 341	
Mutatie 1e suppletore wet		190 503	165 975	163 722	163 458	166 746	
Nieuwe mutaties		734 029	- 155 705	- 158 834	- 156 240	- 156 167	
Nieuwe nominale wijzigingen		8 114	4 778	4 436	5 001	5 069	
Stand ontwerpbegroting 2004	224 437	1 128 865	208 351	191 324	194 832	218 989	397 674

#### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1621	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		234 415	215 186	204 131	203 387	203 341	
Mutatie 1e suppletore wet		181 935	171 879	168 936	166 766	166 766	
Nieuwe mutaties		5 055	28 410	26 868	26 470	22 990	
Nieuwe nominale wijzigingen		5 676	5 324	5 060	5 069	5 069	
Stand ontwerpbegroting 2004	230 079	427 081	420 799	404 995	401 692	398 166	398 164

#### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

M1621	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		21 496	22 296	22 296	22 296	22 296	
Mutatie 1e suppletore wet		106					
Nieuwe mutaties		4	- 13 541	- 13 541	- 13 541	- 13 541	
Stand ontwerpbegroting 2004	28 009	21 606	8 755	8 755	8 755	8 755	8 755

#### *Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

#### Bedragen (x 1000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingssubsidies.		- 1 845	- 2 328	- 3 295	- 3 295	- 3 295
Korting op projectsubsidies.		- 4 186	- 7 832	- 6 212	- 8 777	- 8 777
Overheveling vanuit de premiemiddelen naar begrotingsmiddelen voor de uitvoering van een nieuwe nota preventiebeleid en de herziening van de curatieve soa-bestrijding.		5 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Overboeking naar het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor de commissie «Het werkend Perspectief». Deze middelen worden ingezet voor het terugdringen van het ziekteverzuim en de WAO-instroom als gevolg van psychische klachten en voor een betere kans op de arbeidsmarkt voor arbeidsgehandicapten.		- 1 450				

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Overheveling van beleidsartikel 22 voor de financiering van de Nederlandse Kenniscentra Arbeidsrelevante Aandoeningen (NKAA) en het landelijk dekkend netwerk van regionale samenwerkingsverbanden op het gebied van arbeidsrelevante aandoeningen (Medwerk).	2 090	1 890				
Overheveling van beleidsartikel 24. De gelden zijn bestemd voor de commissie «het werkend perspectief (CWP)» en de «commissie psychiatrische arbeidsongeschiktheid (CPA)».	1 700	1 400	1 300	1 000		
Overheveling van beleidsartikel 37 in verband met de agentschapsvorming van het RIVM waardoor het budget komt te berusten bij de opdrachtgevers van het RIVM. Het gaat hier om het VWA-deel.		7 557	7 396	7 396	7 351	7 351
Overheveling van niet-beleidsartikel 98 in verband met de agentschapsvorming van het RIVM waardoor het budget komt te berusten bij de opdrachtgevers van het RIVM. Het gaat hier om het deel van het volksgezondheidsbeleid.		18 108	17 837	17 337	17 397	17 397
Overheveling naar niet-beleidsartikel 98.	- 693					
Extra uitgaven voor anti-virale middelen met betrekking tot de vogelpest. Ook zijn uitgaven gedaan voor een gezondheidsonderzoek onder pluimveehouders en andere betrokkenen. Daarnaast was er geld voor voorlichting nodig.	1 900					
Nederland heeft pokkenvaccins aangemaakt om voorbereid te zijn op een aanslag met het pokkenvirus. Er was nog niet voorzien in de aanschaf van pleisters om de wond na de vaccinatie af te dekken.	1 400	60	60	60	60	60
Hogere uitgaven voor het opslaan van pokkenvaccins op een beveiligde specifiek gekoelde locatie.	1 500	500	500	500	500	500

**Premie**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>A. Opbouw uitgaven vanaf Zorgnota 2003 (x mln)</b>						
<b>Uitgavenniveau stand Zorgnota 2003</b>	<b>352,2</b>	<b>352,2</b>	<b>352,3</b>	<b>352,3</b>	<b>352,3</b>	<b>352,3</b>
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	- 151,4	- 151,4	- 151,4	- 151,4	- 151,4	- 151,4
Nieuwe mutaties	2,4	2,8	3,6	4,4	5,2	5,2
Nieuwe nominale wijzigingen	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2
<b>Uitgavenniveau stand begroting 2004</b>	<b>210,4</b>	<b>210,8</b>	<b>211,7</b>	<b>212,5</b>	<b>213,3</b>	<b>213,3</b>
<b>B. Financiering (x mln)</b>						
AWBZ	213,2	210,8	211,7	212,5	213,3	213,3
Mutatie financieringsachterstand	- 2,8					
<b>C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x mln)</b>						
Bruto BKZ-uitgaven	213,2	210,8	211,7	212,5	213,3	213,3
BKZ-ontvangsten						
Netto BKZ-uitgaven	213,2	210,8	211,7	212,5	213,3	213,3
<i>Toelichting belangrijkste mutaties Voorjaarsbrief Zorg</i>						
Overheveling naar de VWS-begroting van de middelen voor de Regeling Specifieke uitkering Jeugdgezondheidszorg.	- 160,5	- 160,5	- 160,5	- 160,5	- 160,5	- 160,5

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
In de Voorjaarsbrief Zorg is reeds een structurele tegenvaller gemeld van € 9,1 miljoen, voornamelijk als gevolg van extra uitgaven voor dieetadvisering. Op grond van nieuwe cijfers van het CTG blijkt sprake te zijn van een extra structurele tegenvaller van € 1,6 miljoen. Deze tegenvaller heeft voor € 0,8 miljoen betrekking op het rijksvaccinatieprogramma en voor € 0,8 miljoen betrekking op ouderkindzorg/ dieetadvisering.	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
In het Hoofdlijnenakkoord zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de zorg. Deze zijn over de verschillende zorgsectoren verdeeld (zie bijlage FBZ, paragraaf 2.2). De hier vermelde reeks is de op grond van de gehanteerde verdeling opnieuw vastgestelde groeiruimte voor deze sector.	0,8	1,6	2,4	3,2	4,0	4,0
Korting op premiesubsidies.		- 0,4	- 0,4	- 0,4	- 0,4	- 0,4
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op de aanvullende post. Daar staat de raming voor de jaren 2004 tot en met 2008. De tranche 2003 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van de aanvullende post). Voor dit beleidsartikel resulteert dit in een structurele bijstelling van € 12,3 miljoen. Daarnaast is gebleken dat de realisatie 2002 voor de loon- en prijsbijstelling meevalt met € 2,3 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de Zorgnota 2003 voor deze sector te hoog is geweest.	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 was een ombuigingsbijdrage van de zorgsectoren (€ 250 miljoen) aan de algemene budgettaire problematiek opgenomen. Deze was in eerste instantie op de Aanvullende Post (het niet-beleidsartikel 99 Nominiaal en onvoorzien) geparkeerd, maar wordt nu aan de verschillende zorgsectoren toegedeeld. Voor dit beleidsartikel betekent dit een structurele bijdrage van € 2,8 miljoen.	- 2,8	- 2,8	- 2,8	- 2,8	- 2,8	- 2,8

## BELEIDSARTIKEL 22: CURATIEVE ZORG

### Begroting

#### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1622	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		55 397	60 963	59 136	56 036	60 943	
Mutatie 1e suppletore wet		- 9 203	- 1 605	- 2 163	- 2 198	- 2 198	
Nieuwe mutaties		9 282	- 4 362	- 4 542	- 12 464	- 14 210	
Nieuwe nominale wijzigingen		2 723	1 501	1 558	1 654	1 052	
Stand ontwerpbegroting 2004	107 797	58 199	56 497	53 989	43 028	45 587	46 330

#### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1622	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		55 533	55 655	56 107	56 030	60 943	
Mutatie 1e suppletore wet		4 989	2 377	- 2 163	- 2 198	- 2 198	
Nieuwe mutaties		7 692	- 5 952	- 4 542	- 12 464	- 14 210	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 602	1 640	1 652	1 649	1 795	
Stand ontwerpbegroting 2004	97 778	69 816	53 720	51 054	43 017	46 330	46 330

#### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

M1622	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		1 098	1 098	1 098	1 098	1 098	
Nieuwe mutaties		716					
Stand ontwerpbegroting 2004	6 286	1 814	1 098	1 098	1 098	1 098	1 098

#### Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:

#### Bedragen (x 1000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingssubsidies.		- 2 854	- 7 301	- 16 194	- 16 194	- 16 194
Korting op projectsubsidies.		- 2 719	- 5 087	- 4 035	- 5 701	- 5 701
Overheveling vanuit de premiemiddelen naar begrotingsmiddelen in verband met exploitatiekosten van het onderhoudsorgaan DBC's.		3 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Overheveling van beleidsartikel 30 in verband met elektronisch voorschrijven (EVS-SCEN).	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
Overheveling van niet-beleidsartikel 98 in het kader van de besluitvorming rondom de P&M-taakstelling VWS uit hoofde van het regeerakkoord.	758	674	536	536	536	536



**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Overheveling naar beleidsartikel 21.	- 2 090	- 1 890				
Overheveling naar beleidsartikel 24.		- 4 500				
Uitgaven ten behoeve van andere bekostiging ziekenhuizen. DBC's moeten zorgen voor meer transparantie en betere aansluiting bij geleverde prestaties. Het DBC-project loopt al enkele jaren. In 2003 waren er geen middelen beschikbaar. Totale kosten bedragen € 9,3 miljoen.	4 800					
Deze mutatie dient ter dekking van verschillende kleinere verplichtingen die in 2003 tot besteding komen.	900					
Deze desaldering betreft het vervallen van een vordering.	597					
<i>Toelichting ontvangsten mutaties</i> Zie de toelichting aan de uitgavenzijde.	597					

**Premie**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>A. Opbouw uitgaven vanaf Zorgnota 2003 (x mln)</b>						
<b>Uitgavenniveau stand Zorgnota 2003</b>	<b>15 767,8</b>	<b>15 860,8</b>	<b>15 999,8</b>	<b>16 095,9</b>	<b>16 202,5</b>	<b>16 202,5</b>
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	278,1	232,4	232,4	232,5	232,5	232,5
Nieuwe mutaties	586,7	154,5	426,1	751,4	1 070,3	1 070,3
Nieuwe nominale wijzigingen	462,7	459,7	459,7	459,7	459,7	459,7
Nieuwe bouwmutaties	- 30,1	- 21,9	- 70,9	- 77,9	- 105,0	- 65,9
<b>Uitgavenniveau stand begroting 2004</b>	<b>17 065,2</b>	<b>16 685,5</b>	<b>17 047,1</b>	<b>17 461,5</b>	<b>17 859,9</b>	<b>17 899,0</b>
<b>B. Financiering (x mln)</b>						
AWBZ	244,9	273,8	263,8	277,0	289,9	290,3
ZFW	11 708,8	11 454,5	11 697,1	11 983,0	12 257,7	12 285,4
Particuliere verzekering	4 587,7	4 500,3	4 600,3	4 715,6	4 826,4	4 837,4
Eigen betalingen particulier	571,3	481,3	481,3	481,3	481,3	481,3
Eigen betalingen ongesplitst	22,3	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6
Mutatie financieringsachterstand	- 69,8	- 29,0				
<b>C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x mln)</b>						
Bruto BKZ-uitgaven	17 135,0	16 714,5	17 047,1	17 461,5	17 859,9	17 8 99,0
BKZ-ontvangsten	593,6	485,9	485,9	485,9	485,9	485,9
<b>Netto BKZ-uitgaven</b>	<b>16 541,4</b>	<b>16 228,6</b>	<b>16 561,2</b>	<b>16 975,6</b>	<b>17 374,0</b>	<b>17 4 13,1</b>
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Deze mutatie betreft de structurele doorwerking van de herziene afrekening 2002 van de ziekenhuizen en de overige instellingen (tegenvaller van € 172,0 miljoen) en de herziene afrekening van de vrije beroepers die een meevaller van € 10,7 miljoen te zien geeft. De extra uitgaven bij de ziekenhuizen komen voort uit een hogere productie dan geraamd en een grotere toename van het aantal specialisten en agio's dan geraamd. Ook deed zich een forse stijging van de productie voor bij de overige instellingen (met name de huisartsenlabs en de centra voor erfelijkheids-onderzoek).	161,3	161,3	161,3	161,3	161,3	161,3
Met het overhevelen van de tandheelkundige zorg aan volwassenen naar het derde compartiment verdwijnt het periodiek preventief consult en het incidenteel consult uit de ziekenfondsverzekering. Bij deze pakketmaatregel wordt een uitzondering gemaakt voor de bijzondere tandheelkunde, die onderdeel blijft uitmaken van de verstrekking. De bijzondere tandheelkunde richt zich op de behandeling van patiënten met ontwikkel- en groeistoornissen van het kaakstelsel. Daarnaast worden in de centra voor bijzondere tandheelkunde patiënten behandeld met lichamelijke en verstandelijke handicaps die niet binnen een reguliere praktijk kunnen worden behandeld en mensen met een extreme angst voor de tandarts. De maatregel heeft zowel gevolgen voor de geraamde BKZ-uitgaven (€ 290 miljoen) als voor de geraamde eigen betalingen (€ 90 miljoen). In netto-BKZ-termen wordt een structurele opbrengst van circa € 200 miljoen gerealiseerd.		- 290,0	- 290,0	- 290,0	- 290,0	- 290,0
Met het overhevelen van de fysiotherapie en de oefentherapie naar het derde compartiment komen ook de eerste negen zittingen voor eigen rekening. De behandeling van chronische aandoeningen en de behandeling van kinderen tot achttien jaar blijven echter onderdeel uitmaken van de ziekenfondsverzekering. Met deze maatregel wordt een structurele opbrengst van circa € 425 miljoen gerealiseerd. Voor een adequaat overgangsregime is € 50 miljoen gereserveerd.		- 375,0	- 425,0	- 425,0	- 425,0	- 425,0
De verstrekking ziekenvervoer wordt uit het ziekenfondspakket gehaald. Onder ziekenvervoer wordt verstaan het vervoer per auto (dat wil zeggen eigen auto of taxi) of een openbaar middel van vervoer. Ondanks de inspanningen om de omvang van de verstrekking aan te passen (meerjarenafspraken 1998) zijn de kosten voor het overig ziekenvervoer in de ziekenfondsverzekering fors opgelopen. De maatregel heeft zowel gevolgen voor de verwachte BKZ-uitgaven (€ 152,5 miljoen) als voor de verwachte opbrengst van eigen betalingen (€ 17,7 miljoen). Derhalve wordt in netto-BKZ-termen een structurele opbrengst van € 134,8 miljoen gerealiseerd. Voor flankerend beleid is in 2004 € 60 miljoen en vanaf 2005 € 70 miljoen gereserveerd. In overleg met de zorgverzekeraars zal dit beleid verder uitgewerkt worden.		- 152,5	- 152,5	- 152,5	- 152,5	- 152,5
Deze mutatie is uitvloeisel van het niet langer vergoeden van de eerste behandeling van fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.		- 5,0	- 5,0	- 5,0	- 5,0	- 5,0

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
In het Hoofdlijnenakkoord zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de zorg. Deze zijn over de verschillende zorgsectoren verdeeld (zie bijlage FBZ, paragraaf 2.2). De hier vermelde reeks is de op grond van de gehanteerde verdeling opnieuw vastgestelde groeiruimte voor deze sector.	340,2	678,4	999,6	1 324,9	1 643,8	1 643,8
Op basis van, onder andere, informatie van het CTG over de productieafspraken in 2003 blijkt dat boven de beschikbare groeiruimte 2003 extra middelen benodigd zijn.	77,1	77,1	77,1	77,1	77,1	77,1
Voor de aanpak van knelpunten in de acute zorg is € 50 miljoen beschikbaar gesteld voor ambulancezorg en zorg die geleverd wordt door kleine ziekenhuizen.		50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Korting op premiesubsidies.		- 0,5	- 0,5	- 0,5	- 0,5	- 0,5
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op de aanvullende post. Daar staat de raming voor de jaren 2004 tot en met 2008. De tranche 2003 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van de aanvullende post). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 570,5 miljoen. Daarnaast is gebleken dat de realisatie 2002 voor de loon- en prijsbijstelling tegenvalt met € 3,2 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de Zorgnota 2003 voor deze sector te laag is geweest.	577,9	573,7	573,7	573,7	573,7	573,7
In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 was een ombuigingsbijdrage van de zorgsectoren (€ 250 miljoen) aan de algemene budgettaire problematiek opgenomen. Deze was in eerste instantie op de Aanvullende Post (het niet-beleidsartikel 99 Nominaal en onvoorzien) geparkeerd, maar wordt nu aan de verschillende zorgsectoren toegedeeld. Voor dit beleidsartikel betekent dit een structurele bijdrage van € 114,0 miljoen.	- 115,2	- 114,0	- 114,0	- 114,0	- 114,0	- 114,0
<i>Toelichting nieuwe bouwmutaties</i>						
Deze reeks is het saldo van diverse ontwikkelingen in de bouwramingen. In de eerste plaats zijn de ramingen voor de exploitatiegevolgen van WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw aangepast op basis van een actualisatie van het bouwprogramma. Daarbij is nu ook rekening gehouden met de zogenoemde «trekkingsrechten» die instellingen hebben opgebouwd en die bij een vergunningsplichtig project dienen te worden ingebracht (zie voor een nadere toelichting de bijlage FBZ, paragraaf 2.3 Bouw). Voorts is de raming van de benutting van die trekkingsrechten aangepast op basis van actuele informatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.	- 30,1	- 21,9	- 70,9	- 77,9	- 105,0	- 105,0

## BELEIDSARTIKEL 23: GENEESMIDDELEN EN MEDISCHE TECHNOLOGIE

### Begroting

#### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1623	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		48 969	55 464	55 111	57 501	57 491	
Mutatie 1e suppletore wet		- 29 980	- 36 186	- 36 431	- 36 448	- 36 678	
Nieuwe mutaties		1 176	- 1 408	- 2 550	- 2 507	- 3 223	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 501	1 577	1 567	1 628	1 635	
Stand ontwerpbegroting 2004	13 879	21 666	19 447	17 697	20 174	19 225	20 814

#### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1623	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		49 760	56 006	55 111	57 510	57 491	
Mutatie 1e suppletore wet		- 29 383	- 35 002	- 35 087	- 35 132	- 35 089	
Nieuwe mutaties		1 018	- 1 361	- 2 499	- 2 447	- 3 223	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 404	1 592	1 567	1 635	1 635	
Stand ontwerpbegroting 2004	14 285	22 799	21 235	19 092	21 566	20 814	20 814

#### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

M1623	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		1 033	1 033	1 033	1 033	1 033	
Mutatie 1e suppletore wet		- 1 033	- 1 033	- 1 033	- 1 033	- 1 033	
Nieuwe mutaties		390					
Stand ontwerpbegroting 2004	1 485	390	0	0	0	0	0

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

#### Bedragen (x 1000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingssubsidies.		- 787	- 693	- 1 314	- 1 314	- 1 314
Korting op projectsubsidies.		- 1 266	- 2 368	- 1 878	- 2 654	- 2 654

## Premie

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>A. Opbouw uitgaven vanaf Zorgnota 2003 (x mln)</b>						
<b>Uitgavenniveau stand Zorgnota 2003</b>	<b>3 881,6</b>	<b>4 257,2</b>	<b>4 703,3</b>	<b>5 196,6</b>	<b>5 196,6</b>	<b>5 196,6</b>
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	392,3	- 27,7	- 27,7	- 27,7	- 27,7	- 27,7
Nieuwe mutaties	67,8	- 16,7	- 129,0	- 196,5	243,3	243,3
Nieuw nominale mutaties	111,8	111,8	111,8	111,8	111,8	111,8
<b>Uitgavenniveau stand begroting 2004</b>	<b>4 453,5</b>	<b>4 324,6</b>	<b>4 658,4</b>	<b>5 084,2</b>	<b>5 524,0</b>	<b>5 524,0</b>
<b>B. Financiering (x mln)</b>						
AWBZ	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3
ZFW	3 228,8	2 979,3	3 226,4	3 543,9	3 870,7	3 870,7
Particuliere verzekering	1 115,4	1 029,9	1 116,6	1 224,9	1 337,9	1 337,9
Eigen betalingen	96,0	92,1	92,1	92,1	92,1	92,1
Eigen betalingen ongesplitst		210,0	210,0	210,0	210,0	210,0
<b>C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x mln)</b>						
Bruto BKZ-uitgaven	4 453,5	4 324,6	4 658,4	5 084,2	5 524,0	5 524,0
BKZ-ontvangsten	96,0	302,1	302,1	302,1	302,1	302,1
<b>Netto BKZ-uitgaven</b>	<b>4 357,5</b>	<b>4 022,5</b>	<b>4 356,3</b>	<b>4 782,1</b>	<b>5 221,9</b>	<b>5 221,9</b>
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
Op grond van groeicijfers uit het verleden is de verwachte jaarlijkse groei van de uitgaven voor geneesmiddelen vastgesteld op 11,0%. De verwachte uitgavenontwikkeling is opnieuw berekend, waarbij rekening is gehouden met de realisatie 2002 en de in de basisramingen ingeboekte taakstellingen. Bovendien is nu ook het groeicijfer 2007 berekend. Dit leidt tot de hier vermelde reeks mutaties.	- 5,2	- 8,8	- 58,1	- 125,6	314,2	314,2
Op het geneesmiddelenkader staan vanaf 2003 taakstellingen van € 613 miljoen. Per 1 mei 2003 zou een maatregel getroffen worden om bovenmatige kortingen en bonussen af te romen en daarmee (een deel van) de taakstelling te realiseren. Als gevolg van de uitspraak van de President van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven kan de maatregel in september in werking treden. Thans moet rekening worden gehouden met een structureel besparingsverlies van € 118,0 miljoen. Dit verlies wordt gecompenseerd door maatregelen.	73,0	181,0	118,0	118,0	118,0	118,0
Anticonceptiva (pil, spiraaltje, morning after-pil etc.) worden uitgesloten van vergoeding, omdat het gebruik hiervan geen medisch noodzakelijke behandeling is. Het is ook in lijn met het niet vergoeden van condooms. Om te voorkomen dat deze maatregel leidt tot verminderd gebruik van de anticonceptiepil bij de jeugd en jong volwassenen, met als mogelijk gevolg een verhoging van het aantal ongewenste jeugdzwangerschappen en abortussen, is besloten de aanspraak voor vrouwen onder de 21 in stand te houden. De maatregel heeft zowel gevolgen voor de geraamde BKZ-uitgaven (€ 71,8 miljoen) als voor de geraamde eigen betalingen (€ 1,8 miljoen). In netto BKZ-termen wordt een structurele opbrengst van € 70 miljoen gerealiseerd.		- 71,8	- 71,8	- 71,8	- 71,8	71,8

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Geneesmiddelen ten behoeve van de eerste behandeling van fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken worden uitgesloten van vergoeding. De maatregel heeft zowel gevolgen voor de geraamde BKZ-uitgaven (€ 25,6 miljoen) als voor de geraamde eigen betalingen (€ 0,6 miljoen). In netto BKZ-termen wordt een structurele opbrengst van € 25 miljoen gerealiseerd.		- 25,6	- 25,6	- 25,6	- 25,6	- 25,6
Tevens is besloten zelfzorggeneesmiddelen (buiten WTG) niet meer te vergoeden indien deze korter dan één jaar worden gebruikt. Ook deze maatregel heeft zowel gevolgen voor de geraamde BKZ-uitgaven (€ 61,5 miljoen) als voor de geraamde eigen betalingen (€ 1,5 miljoen). In netto BKZ-termen wordt een structurele opbrengst van € 60 miljoen gerealiseerd.		- 61,5	- 61,5	- 61,5	- 61,5	- 61,5
Per 1 januari 2004 wordt er een eigen bijdrage ingevoerd van € 1,50 voor de verstrekking van een geneesmiddel. Dit betekent dat de verzekerde voor ieder afgeleverd geneesmiddel een vast bedrag van € 1,50 moet betalen. De invoering van deze eigen bijdrage levert naar verwachting € 210 miljoen aan extra ontvangsten op.		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Op basis van de meest recente inzichten (onder andere gegevens van SFK en CVZ) is de raming van de uitgaven voor geneesmiddelen met € 30 miljoen neerwaarts bijgesteld.		- 30,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0
<i>Nieuwe nominale wijzigingen</i>						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op de aanvullende post. Daar staat de raming voor de jaren 2004 tot en met 2008. De tranche 2003 wordt nu toegeedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van de aanvullende post). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 115,4 miljoen.	115,4	115,4	115,4	115,4	115,4	115,4
In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 was een ombuigingsbijdrage van de zorgsectoren (€ 250 miljoen) aan de algemene budgettaire problematiek opgenomen. Deze was in eerste instantie op de Aanvullende Post (het niet-beleidsartikel 99 Nominiaal en onvoorzien) geparkeerd, maar wordt nu aan de verschillende zorgsectoren toegeedeeld. Voor dit beleidsartikel betekent dit een structurele bijdrage van € 3,6 miljoen.	- 3,6	- 3,6	- 3,6	- 3,6	- 3,6	- 3,6

**BELEIDSARTIKEL 24: GEESTELIJKE GEZONDHEIDS-,  
VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG**

**Begroting**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1624	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		278 535	283 318	285 262	285 205	285 629	
Mutatie 1e suppletore wet		1 227	1 721	- 297	- 328	- 718	
Nieuwe mutaties		- 9 710	- 723	- 8 896	- 2 794	- 1 716	
Nieuwe nominale wijzigingen		16 969	8 585	8 619	9 484	8 628	
Stand ontwerpbegroting 2004	324 200	287 021	292 901	284 688	291 567	291 823	291 924

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1624	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		299 270	286 049	285 485	285 643	285 629	
Mutatie 1e suppletore wet		6 745	4 971	3 516	383	- 617	
Nieuwe mutaties		- 5 484	- 5 337	- 17 016	- 16 014	- 18 529	
Nieuwe nominale wijzigingen		9 090	8 641	8 623	8 629	8 628	
Stand ontwerpbegroting 2004	298 053	309 434	299 237	288 921	292 054	291 924	291 924

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1624	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		1 588	1 588	1 588	1 588	1 588	
Mutatie 1e suppletore wet		259	- 227	- 227	- 227	- 227	
Nieuwe mutaties		135					
Stand ontwerpbegroting 2004	3 231	1 982	1 361	1 361	1 361	1 361	1 361

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingsubsidies.		- 2 512	- 4 925	- 6 417	- 6 417	- 6 417
Korting op projectsubsidies.		- 5 736	- 10 732	- 8 512	- 12 027	- 12 027
Overheveling van beleidsartikel 22 in verband met activiteiten in het kader van DBC's bij de GGZ.		4 500				
Het kabinet heeft bij het aantreden in het hoofdlijnenakkoord besloten om de jeugdzorg, waaronder ook de preventie, te versterken. De verdeling van deze middelen is toegelicht in de beleidsagenda.		5 100	8 500	13 600	17 000	17 000
Overheveling naar beleidsartikel 21.	- 1 700	- 1 400	- 1 300	- 1 000		
Overheveling naar beleidsartikel 25.	- 4 000					

**Premie**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>A. Opbouw uitgaven vanaf Zorgnota 2003 (x mln)</b>						
<b>Uitgavniveau stand Zorgnota 2003</b>	<b>3 251,9</b>	<b>3 310,5</b>	<b>3 372,7</b>	<b>3 413,8</b>	<b>3 444,3</b>	<b>3 444,3</b>
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	78,9	78,9	80,2	83,0	83,0	83,0
Nieuwe mutaties	34,3	26,3	60,4	113,1	182,1	182,1
Nieuwe nominale wijzigingen	102,9	102,9	102,9	102,9	102,9	102,9
Nieuwe bouwmutaties	- 27,8	- 51,1	- 50,0	- 22,7	- 40,8	- 29,7
<b>Uitgavniveau stand begroting 2004</b>	<b>3 440,2</b>	<b>3 467,5</b>	<b>3 566,2</b>	<b>3 690,1</b>	<b>3 771,5</b>	<b>3 782,6</b>
<b>B. Financiering (x mln)</b>						
AWBZ	3 362,5	3 361,8	3 460,8	3 584,7	3 666,1	3 677,2
Eigen betalingen AWBZ	109,6	105,7	105,4	105,4	105,4	105,4
Mutatie financieringsachterstand	- 31,9					
<b>C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x mln)</b>						
Bruto BKZ-uitgaven	3 472,1	3 467,5	3 566,2	3 690,1	3 771,5	3 782,6
BKZ-ontvangsten	109,6	105,7	105,4	105,4	105,4	105,4
<b>Netto BKZ-uitgaven</b>	<b>3 362,5</b>	<b>3 361,8</b>	<b>3 460,8</b>	<b>3 584,7</b>	<b>3 666,1</b>	<b>3 677,2</b>
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
Uit geactualiseerde realisatiecijfers over het jaar 2002 volgt een tegenvaller van € 3,9 miljoen. De tegenvaller is structureel van aard en komt bovenop de bij Voorjaarsbrief 2003 structureel toegevoegde middelen (€ 83 miljoen) om de productiecijfers 2002 structureel te kunnen blijven financieren. Uit de nieuwe realisatiecijfers 2002 blijkt dat dit bedrag te laag is geweest.	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
In het Hoofdlijnenakkoord zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de zorg. Deze zijn over de verschillende zorgsectoren verdeeld (zie bijlage FBZ, paragraaf 2.2). De hier vermelde reeks is de op grond van de gehanteerde verdeling opnieuw vastgestelde groeirimte voor deze sector.	40,2	99,3	154,5	228,1	285,3	285,3
Op basis van, onder andere, informatie van het CTG over de productieafspraken in 2003 blijkt dat boven de beschikbare groeirimte 2003 extra middelen benodigd zijn.	30,3	30,3	30,3	30,3	30,3	30,3



	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<p>Verzekerden die in aanmerking komen voor psychotherapie hebben op dit moment recht op 90 behandelingen als zij bij een vrijgevestigde psychiater of psychotherapeut in behandeling zijn en op een onbeperkt aantal behandelingen als zij bij een Riagg of psychiatrische polikliniek in behandeling zijn. In het kader van de pakketmaatregelen wordt het aantal behandelingen (ongeacht de soort aanbieder) beperkt tot 30. Voor de lopende behandelingen psychotherapie is voor 2004 voorzien in een overgangsmaatregel. Vanaf 1 januari 2004 bestaat bij lopende therapieën nog aanspraak op maximaal 30 zittingen, tenzij eerder het huidige maximum van 90 zittingen wordt bereikt. De maatregel heeft zowel gevolgen voor de geraamde BKZ-uitgaven (€ 83,2 miljoen) als voor de geraamde eigen betalingen (€ 4,2 miljoen). In netto-BKZ-termen levert de maatregel in 2004 een besparing op van € 74 miljoen (in verband met de overgangsmaatregel) en vanaf 2005 een structurele besparing van € 79 miljoen).</p>		- 77,9	- 83,2	- 83,2	- 83,2	- 83,2
<p><i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i> De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op de aanvullende post. Daar staat de raming voor de jaren 2004 tot en met 2008. De tranche 2003 wordt nu toegeedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van de aanvullende post). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 112,1 miljoen. Daarnaast is gebleken dat de realisatie 2002 voor de loon- en prijsbijstelling tegenvalt met € 13,9 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de Zorgnota 2003 voor deze sector te laag is geweest.</p>	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0
<p>In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 was een ombuigingsbijdrage van de zorgsectoren (€ 250 miljoen) aan de algemene budgettaire problematiek opgenomen. Deze was in eerste instantie op de Aanvullende Post (het niet-beleidsartikel 99 Nominaal en onvoorzien) geparkeerd, maar wordt nu aan de verschillende zorgsectoren toegeedeeld. Voor dit beleidsartikel betekent dit een structurele bijdrage van € 23,1 miljoen.</p>	- 23,1	- 23,1	- 23,1	- 23,1	- 23,1	- 23,1
<p><i>Toelichting nieuwe bouwmutaties</i> Deze mutatie is het saldo van diverse ontwikkelingen in de bouwramingen. In de eerste plaats zijn de ramingen voor de exploitatiegevolgen van WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw aangepast op basis van een actualisatie van het bouwprogramma. Daarbij is nu ook rekening gehouden met de zogenoemde «trekkingsrechten» die instellingen hebben opgebouwd en die bij een vergunningsplichtig project dienen te worden ingebracht (zie voor een nadere toelichting de bijlage FBZ, paragraaf 2.3 Bouw). Voorts is de raming van de benutting van die trekkingsrechten aangepast op basis van actuele informatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.</p>	- 27,8	- 51,1	- 50,0	- 22,7	- 40,8	- 29,7

**BELEIDSARTIKEL 25: MODERNISERING AWBZ**

**Begroting**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1625	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		26 708	21 487	19 626	19 607	19 600	
Mutatie 1e suppletore wet		- 1 876	- 432	- 432	- 432	- 432	
Nieuwe mutaties		3 117	- 1 176	- 1 343	- 1 269	- 1 386	
Nieuwe nominale wijzigingen		842	704	704	703	703	
Stand ontwerpbegroting 2004	23 173	28 791	20 583	18 555	18 609	18 485	18 485

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1625	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		26 708	21 487	19 626	19 607	19 600	
Mutatie 1e suppletore wet		- 432	- 432	- 432	- 432	- 432	
Nieuwe mutaties		3 117	- 1 176	- 1 343	- 1 269	- 1 386	
Nieuwe nominale wijzigingen		842	704	704	703	703	
Stand ontwerpbegroting 2004	37 284	30 235	20 583	18 555	18 609	18 485	18 485

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1625	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003							
Stand ontwerpbegroting 2004	2	0	0	0	0	0	0

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingsubsidies.		- 984	- 984	- 984	- 984	- 984
Overheveling van beleidsartikel 24. De middelen zijn bestemd voor de indicatiestelling van langdurig zorgafhankelijken binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. Via opleidingstrajecten, nieuwe formulieren, protocollen en samenwerking met lokale loketten wordt bijgedragen aan de AWBZ-brede indicatiestelling. De middelen gaan naar de regionale indicatieorganen, het landelijk centrum gehandicaptenzorg en de commissies voor langdurig zorgafhankelijken.	4 000					
Overheveling naar niet-beleidsartikel 98.	- 883					

**BELEIDSARTIKEL 26: GEHANDICAPTEN- EN HULPMIDDELEN-  
BELEID**

**Begroting**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1626	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		29 971	29 645	27 937	27 813	27 982	
Mutatie 1e suppletore wet		- 4 250	- 6 374	- 5 906	- 5 812	- 5 812	
Nieuwe mutaties		745	- 2 774	- 5 728	- 5 606	- 7 367	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 940	1 065	1 003	855	1 005	
Stand ontwerpbegroting 2004	38 301	28 406	21 562	17 306	17 250	15 808	15 808

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1626	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		31 100	29 819	27 977	28 002	27 982	
Mutatie 1e suppletore wet		- 3 270	- 5 861	- 5 906	- 5 812	- 5 812	
Nieuwe mutaties		745	- 2 774	- 5 728	- 5 606	- 7 367	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 105	1 070	1 004	1 007	1 005	
Stand ontwerpbegroting 2004	33 761	29 680	22 254	17 347	17 591	15 808	15 808

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1626	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		295	295	295	295	295	
Mutatie 1e suppletore wet		- 113	- 113	- 113	- 113	- 113	
Stand ontwerpbegroting 2004	1 745	182	182	182	182	182	182

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingssubsidies.		- 355	- 993	- 1 944	- 1 944	- 1 944
Korting op projectsubsidies.		- 2 873	- 5 376	- 4 264	- 6 025	- 6 025
Overheveling van beleidsartikel 30 van het budget voor Chronisch Zieken.	681	681	681	681	681	681

## Premie

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>A. Opbouw uitgaven vanaf Zorgnota 2003 (x mln)</b>						
<b>Uitgavenniveau stand Zorgnota 2003</b>	<b>5 046,2</b>	<b>5 158,8</b>	<b>5 307,5</b>	<b>5 419,9</b>	<b>5 471,0</b>	<b>5 471,0</b>
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	238,7	241,3	241,2	241,2	241,2	241,2
Nieuwe mutaties	99,0	181,0	262,5	355,5	518,5	518,5
Nieuwe nominale wijzigingen	140,4	140,4	140,4	140,4	140,4	140,4
Nieuwe bouwmutaties	- 48,8	- 49,4	- 80,5	- 90,7	- 115,7	- 97,0
<b>Uitgavenniveau stand begroting 2004</b>	<b>5 475,5</b>	<b>5 672,0</b>	<b>5 871,1</b>	<b>6 066,3</b>	<b>6 255,4</b>	<b>6 274,1</b>
<b>B. Financiering (x mln)</b>						
AWBZ	4 125,1	4 386,2	4 507,0	4 619,1	4 717,6	4 736,3
ZFW	736,4	789,0	849,0	912,9	982,7	982,7
Particuliere verzekering	204,0	219,5	238,1	257,1	278,0	278,0
Eigen betalingen AWBZ	277,5	277,3	277,2	277,2	277,1	277,1
Mutatie financieringsachterstand	132,4					
<b>C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x mln)</b>						
Bruto BKZ-uitgaven	5 343,1	5 672,0	5 871,2	6 066,3	6 255,4	6 274,1
BKZ-ontvangsten	277,5	277,3	277,2	277,2	277,1	277,1
<b>Netto BKZ-uitgaven</b>	<b>5 065,6</b>	<b>5 394,7</b>	<b>5 594,0</b>	<b>5 789,1</b>	<b>5 978,3</b>	<b>5 997,0</b>
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
Uit geactualiseerde realisatiecijfers over het jaar 2002 volgt een meevaller van € 54,1 miljoen. Volgens deze gegevens zijn in de gehandicaptenzorg niet alle gemaakte productieafspraken gerealiseerd. De meevaller is structureel van aard, maar moet mede in het licht worden gezien van de bij Voorjaarsbrief 2003 structureel toegevoegde middelen (€ 225 miljoen) om de productiecijfers 2002 structureel te kunnen blijven financieren. Uit de nieuwe realisatiecijfers 2002 blijkt dat dit bedrag te hoog is geweest.	- 54,1	- 54,1	- 54,1	- 54,1	- 54,1	- 54,1
Op grond van groeicijfers uit het verleden is de verwachte jaarlijkse groei van de uitgaven voor hulpmiddelen vastgesteld op 9,5%. De uitgavenontwikkeling in de komende jaren is opnieuw berekend, waarbij rekening is gehouden met de realisatie 2002. Bovendien is nu ook het groeicijfer 2007 berekend. Dit leidt tot de hier vermelde reeks mutaties.	13,8	19,5	29,7	37,5	128,2	128,2
In het Hoofdlijnenakkoord zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de zorg. Deze zijn over de verschillende zorgsectoren verdeeld (zie bijlage FBZ, paragraaf 2.2). De hier vermelde reeks is de op grond van de gehanteerde verdeling opnieuw vastgestelde groeirimte voor deze sector.	79,1	159,4	230,5	315,7	388,1	388,1
Op basis van, onder andere, informatie van het CTG over de productieafspraken in 2003 blijkt dat boven de beschikbare groeirimte 2003 extra middelen benodigd zijn.	53,2	53,2	53,2	53,2	53,2	53,2
Korting op premiesubsidies.		- 4,6	- 4,6	- 4,6	- 4,6	- 4,6

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op de aanvullende post. Daar staat de raming voor de jaren 2004 tot en met 2008. De tranche 2003 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van de aanvullende post). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 166,4 miljoen. Daarnaast is gebleken dat de realisatie 2002 voor de loon- en prijsbijstelling tegenvalt met € 4,0 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de Zorgnota 2003 voor deze sector te laag is geweest.	170,4	170,4	170,4	170,4	170,4	170,4
In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 was een ombuigingsbijdrage van de zorgsectoren (€ 250 miljoen) aan de algemene budgettaire problematiek opgenomen. Deze was in eerste instantie op de Aanvullende Post (het niet-beleidsartikel 99 Nominaal en onvoorzien) geparkeerd, maar wordt nu aan de verschillende zorgsectoren toegedeeld. Voor dit beleidsartikel betekent dit een structurele bijdrage van € 30,0 miljoen.	- 30,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0
<i>Toelichting nieuwe bouwmutaties</i>						
Deze reeks is het saldo van diverse ontwikkelingen in de bouwramingen. In de eerste plaats zijn de ramingen voor de exploitatiegevolgen van WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw aangepast op basis van een actualisatie van het bouwprogramma. Daarbij is nu ook rekening gehouden met de zogenoemde «trekkingsrechten» die instellingen hebben opgebouwd en die bij een vergunningsplichtig project dienen te worden ingebracht (zie voor een nadere toelichting de bijlage FBZ, paragraaf 2.3 Bouw). Voorts is de raming van de benutting van die trekkingsrechten aangepast op basis van actuele informatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.	- 48,8	- 49,4	- 80,5	- 90,7	- 115,7	- 97,0

## BELEIDSARTIKEL 27: VERPLEGING, VERZORGING EN OUDEREN

### Begroting

#### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1627	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		31 980	36 070	28 166	27 986	28 008	
Mutatie 1e suppletore wet		3 778	- 3 815	- 3 943	- 3 772	- 1 268	
Nieuwe mutaties		- 2	- 3 556	- 5 968	- 4 908	- 6 657	
Nieuwe nominale wijzigingen		960	960	680	626	678	
Stand ontwerpbegroting 2004	32 925	36 716	29 649	18 935	19 932	20 761	21 059

#### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1627	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		32 100	36 026	28 109	28 053	28 008	
Mutatie 1e suppletore wet		- 2 443	- 2 940	- 2 981	- 3 012	- 970	
Nieuwe mutaties		- 2	- 3 556	- 5 968	- 4 908	- 6 657	
Nieuwe nominale wijzigingen		784	965	680	679	678	
Stand ontwerpbegroting 2004	35 174	30 439	30 485	19 840	20 812	21 059	21 059

#### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

M1627	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		227	227	227	227	227	
Mutatie 1e suppletore wet		- 227	- 227	- 227	- 227	- 227	
Nieuwe mutaties		10					
Stand ontwerpbegroting 2004	3 256	10	0	0	0	0	0

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

#### Bedragen (x 1000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingsubsidies.		- 486	- 582	- 582	- 582	- 582
Korting op projectsubsidies.		- 2 853	- 5 338	- 4 233	- 5 982	- 5 982

## Premie

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>A. Opbouw uitgaven vanaf Zorgnota 2003 (x mln)</b>						
<b>Uitgavenniveau stand Zorgnota 2003</b>	<b>9 797,2</b>	<b>9 924,6</b>	<b>10 043,1</b>	<b>10 088,9</b>	<b>10 126,2</b>	<b>10 126,2</b>
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	488,7	488,7	488,7	488,7	488,7	488,7
Nieuwe mutaties	421,7	847,8	1 304,3	1 896,8	2 325,9	2 325,9
Nieuwe nominale wijzigingen	285,4	285,4	285,4	285,4	285,4	285,4
Nieuwe bouwmutaties	43,7	47,3	31,8	93,6	144,3	170,3
<b>Uitgavenniveau stand begroting 2004</b>	<b>11 036,7</b>	<b>11 593,8</b>	<b>12 153,3</b>	<b>12 853,4</b>	<b>13 370,5</b>	<b>13 396,5</b>
<b>B. Financiering (x mln)</b>						
AWBZ	9 707,7	9 953,7	10 553,2	11 253,3	11 770,3	11 796,3
Eigen betalingen AWBZ	1 420,2	1 600,1	1 600,1	1 600,1	1 600,2	1 600,2
Mutatie financieringsachterstand	- 91,2	40,0				
<b>C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x mln)</b>						
Bruto BKZ-uitgaven	11 127,9	11 553,8	12 153,3	12 853,4	13 370,5	13 396,5
BKZ-ontvangsten	1 420,2	1 600,1	1 600,1	1 600,1	1 600,2	1 600,2
<b>Netto BKZ-uitgaven</b>	<b>9 707,7</b>	<b>9 953,7</b>	<b>10 553,2</b>	<b>11 253,3</b>	<b>11 770,3</b>	<b>11 796,3</b>
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
Uit geactualiseerde realisatiecijfers over het jaar 2002 volgt een meevaller van € 105,0 miljoen. Volgens deze gegevens zijn in de sectoren verpleeghuizen en verzorgingshuizen niet alle gemaakte productieafspraken gerealiseerd. De meevaller is structureel van aard, maar moet mede in het licht worden gezien van de bij Voorjaarsbrief 2003 structureel toegevoegde middelen (€ 480 miljoen) om de productiecijfers 2002 structureel te kunnen blijven financieren. Uit de nieuwe realisatiecijfers 2002 blijkt dat dit bedrag te hoog is geweest.						
	- 105,0	- 105,0	- 105,0	- 105,0	- 105,0	- 105,0
Besloten is om de resterende middelen – naast de zorgvernieuwingsgelden – van de bestedingsafspraken aan thuiszorginstellingen niet langer beschikbaar te stellen. De hierbij behorende mutatie is € 100 miljoen.						
		- 100,0	- 100,0	- 100,0	- 100,0	- 100,0
Besloten is om zorgvernieuwingsgelden voor verpleeghuizen en thuiszorginstellingen niet langer beschikbaar te stellen. Het gaat hierbij om middelen waar geen directe productieafspraken voor werden gemaakt.						
		- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0
Besloten is om de eigen bijdragen thuiszorg te verhogen. Dit levert naar verwachting € 180 miljoen extra ontvangsten op.						
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
In het Hoofdlijnenakkoord zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de zorg. Deze zijn over de verschillende zorgsectoren verdeeld (zie bijlage FBZ, paragraaf 2.2). De hier vermelde reeks is <i>geen</i> mutatie op de in de Zorgnota 2003 vermelde groei­ruimte, maar de op grond van de gehanteerde verdeling opnieuw vastgestelde groei­ruimte voor deze sector.						
	409,5	1 013,3	1 475,6	2 071,2	2 500,3	2 500,3
Op basis van, onder andere, informatie van het CTG over de productieafspraken in 2003 blijkt dat boven de beschikbare groei­ruimte 2003 extra middelen benodigd zijn.						
	96,0	96,0	96,0	96,0	96,0	96,0

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op de aanvullende post. Daar staat de raming voor de jaren 2004 tot en met 2008. De tranche 2003 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van de aanvullende post). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 338,7 miljoen. Daarnaast is gebleken dat de realisatie 2002 voor de loon- en prijsbijstelling tegenvalt met € 17,5 miljoen. Dit betekent dat de gehanteerde loonsom bij de verdeling van de middelen in de Zorgnota 2003 voor deze sector te laag is geweest.	356,2	356,2	356,2	356,2	356,2	356,2
In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 was een ombuigingsbijdrage van de zorgsectoren (€ 250 miljoen) aan de algemene budgettaire problematiek opgenomen. Deze was in eerste instantie op de Aanvullende Post (het niet-beleidsartikel 99 Nominaal en onvoorzien) geparkeerd, maar wordt nu aan de verschillende zorgsectoren toegedeeld. Voor dit beleidsartikel betekent dit een structurele bijdrage van € 70,8 miljoen.	- 70,8	- 70,8	- 70,8	- 70,8	- 70,8	70,8
<i>Toelichting nieuwe bouwmutaties</i>						
Deze reeks is het saldo van diverse ontwikkelingen in de bouwramingen. In de eerste plaats zijn de ramingen voor de exploitatiegevolgen van WZV-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw aangepast op basis van een actualisatie van het bouwprogramma. Daarbij is nu ook rekening gehouden met de zogenoemde «trekkingsrechten» die instellingen hebben opgebouwd en die bij een vergunningsplichtig project dienen te worden ingebracht (zie voor een nadere toelichting de bijlage FBZ, paragraaf 2.3 Bouw). Voorts is de raming van de benutting van die trekkingsrechten aangepast op basis van actuele informatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen.	33,6	37,2	21,7	83,5	134,2	160,2



**BELEIDSARTIKEL 28: WET VOORZIENING GEHANDICAPTEN****Begroting****Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1628	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		55 438	62 658	62 758	62 758	62 758	
Mutatie 1e suppletore wet		777	595	595	595	595	
Stand ontwerpbegroting 2004	51 526	56 215	63 253	63 353	63 353	63 353	63 353

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1628	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		49 811	62 885	62 758	62 758	62 758	
Mutatie 1e suppletore wet		777	595	595	595	595	
Stand ontwerpbegroting 2004	60 829	50 588	63 480	63 353	63 353	63 353	63 353

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1628	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003							
Stand ontwerpbegroting 2004	632	0	0	0	0	0	0

**BELEIDSARTIKEL 29: ARBEIDSMARKTBELEID**

**Begroting**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1629	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		178 163	178 352	176 903	177 555	177 547	
Mutatie 1e suppletore wet		- 9 317	56	- 776	- 4 904	- 3 904	
Nieuwe mutaties		685	- 33 352	- 106 294	- 106 038	- 106 481	
Nieuwe nominale wijzigingen		12 518	5 725	5 647	5 710	5 709	
Stand ontwerpbegroting 2004	203 279	182 049	150 781	75 480	72 323	72 871	72 871

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1629	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		202 415	187 689	177 089	177 555	177 547	
Mutatie 1e suppletore wet		- 9 243	56	- 776	- 4 904	- 3 904	
Nieuwe mutaties		685	- 33 352	- 106 294	- 106 038	- 106 481	
Nieuwe nominale wijzigingen		6 485	6 022	5 695	5 710	5 709	
Stand ontwerpbegroting 2004	222 452	200 342	160 415	75 714	72 323	72 871	72 871

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1629	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		28	28	28	28	28	
Stand ontwerpbegroting 2004	7 154	28	28	28	28	28	28

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingsubsidies.		- 11	- 11	- 11	- 11	- 11
Korting op projectsubsidies.		- 724	- 1 354	- 1 074	- 1 517	- 1 517
In het Hoofdlijnenakkoord is een taakstelling opgenomen ten laste van het arbeidsmarkt- en informatiebeleid van VWS.		- 33 000	- 105 000	- 105 000	- 105 000	- 105 000
Project ter oprichting van een Zorgkamer binnen de Nma. In het Hoofdlijnenakkoord is aangegeven dat de normalisering van marktverhoudingen in diverse deelmarkten in de zorg zal worden bevorderd, met de Nma als toezichthouder. Hierbij draagt het kabinet zorg voor afstemming van de activiteiten van de Nma en die van het CTG.		590	590			

**BELEIDSARTIKEL 30: OPLEIDINGEN, INFORMATIE-, KWALITEITS-  
EN PATIËNTENBELEID**

**Begroting**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1630	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		156 102	158 983	155 559	157 362	167 758	
Mutatie 1e suppletore wet		31 345	8 084	7 987	8 580	10 486	
Nieuwe mutaties		- 3 789	- 6 585	- 1 521	1 790	704	
Nieuwe nominale wijzigingen		11 472	5 603	5 502	5 544	5 828	
Stand ontwerpbegroting 2004	152 529	195 130	166 085	167 527	173 276	184 776	184 777

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1630	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		164 428	177 052	173 702	172 770	167 758	
Mutatie 1e suppletore wet		18 121	12 782	12 685	12 528	10 486	
Nieuwe mutaties		- 3 789	- 6 585	- 1 521	1 790	704	
Nieuwe nominale wijzigingen		5 586	6 127	6 016	5 979	5 828	
Stand ontwerpbegroting 2004	162 395	184 346	189 376	190 882	193 067	184 776	184 777

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1630	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		1 083	1 083	1 083	1 083	1 083	
Nieuwe mutaties		2 209					
Stand ontwerpbegroting 2004	2 210	3 292	1 083	1 083	1 083	1 083	1 083

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:***Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingssubsidies.		- 2 818	- 2 955	- 3 227	- 3 227	- 3 227
Korting op projectsubsidies.		- 1 772	- 3 316	- 2 630	- 3 716	- 3 716
Overheveling vanuit de premiemiddelen naar begrotingsmiddelen in verband met middelen Hoofdlijnenakkoord die abusievelijk in de Voorjaarsbrief Zorg als verhoging premiemiddelen waren opgenomen. Het gaat om een technische correctie op basis van eerdere besluitvorming over uitbreiding van de opleidingscapaciteit.			6 000	9 000	9 000	9 000
Overheveling van beleidsartikel 37 ten behoeve van de agentschapvorming van het CIBG (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg). De middelen worden teruggeboekt naar de opdrachtverleners. Via een opdracht worden de middelen vervolgens opnieuw ingezet ten behoeve van uitvoering door het agentschap.		2 680	2 680	2 680	2 680	2 680
Overheveling naar beleidsartikel 22.	- 2 500	- 2 500	- 2 500	- 2 500	- 2 500	- 2 500
Overheveling naar beleidsartikel 26.	- 681	- 681	- 681	- 681	- 681	- 681
<i>Toelichting ontvangsten mutaties</i> Er zijn meer ontvangsten uit afrekening van subsidies dan geraamd.	2000					

## BELEIDSARTIKEL 31: ZORGVERZEKERINGEN

### Begroting

#### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1631	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		1 578	1 586				
Mutatie 1e suppletore wet		- 138	- 138	- 138	- 138	- 138	
Nieuwe mutaties				138	138	138	
Stand ontwerpbegroting 2004	1 417	1 440	1 448	0	0	0	0

#### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1631	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		1 578	1 586				
Mutatie 1e suppletore wet		- 258	- 138	- 138	- 138	- 138	
Nieuwe mutaties				138	138	138	
Stand ontwerpbegroting 2004	1 356	1 320	1 448	0	0	0	0

#### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

M1631	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003							
Stand ontwerpbegroting 2004	1	0	0	0	0	0	0

### Premie

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>A. Opbouw uitgaven vanaf Zorgnota 2003 (x mln)</b>						
<b>Uitgavenniveau stand Zorgnota 2003</b>	<b>1203,6</b>	<b>1 204,6</b>	<b>1 204,6</b>	<b>1 204,6</b>	<b>1 204,6</b>	<b>1 204,6</b>
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
Nieuwe mutaties	- 8,3	2,3	19,1	30,4	41,8	41,8
Nieuwe nominale wijzigingen	43,2	43,2	43,2	43,2	43,2	43,2
<b>Uitgavenniveau stand begroting 2004</b>	<b>1 247,5</b>	<b>1 259,1</b>	<b>1 275,9</b>	<b>1 287,2</b>	<b>1 298,6</b>	<b>1 298,6</b>
<b>B. Financiering (x mln)</b>						
AWBZ	174,0	176,2	178,7	180,3	181,8	181,8
ZFW	496,9	501,4	508,2	512,8	517,5	517,5
Particuliere verzekering	545,8	550,7	558,2	563,3	568,5	568,5
Eigen betalingen AWBZ	27,2	27,2	27,2	27,2	27,2	27,2
Eigen betalingen particulier	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
<b>C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x mln)</b>						
Bruto BKZ-uitgaven	1 247,5	1 259,1	1 275,9	1 287,2	1 298,6	1 298,6
BKZ-ontvangsten	30,8	30,8	30,8	30,8	30,8	30,8
<b>Netto BKZ-uitgaven</b>	<b>1 216,7</b>	<b>1 228,3</b>	<b>1 245,1</b>	<b>1 256,4</b>	<b>1 267,8</b>	<b>1 267,8</b>

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
In het Hoofdlijnenakkoord zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de zorg. Deze zijn over de verschillende zorgsectoren verdeeld (zie bijlage FBZ, paragraaf 2.2). De hier vermelde reeks is de op grond van de gehanteerde verdeling opnieuw vastgestelde groei ruimte voor deze sector.	14,7	25,6	42,1	53,4	64,8	64,8
De taakstelling administratieve lastenvermindering (commissie De Beer) staat voorlopig geparkeerd op het niet-beleidsartikel 99 («Nominaal en onvoorzien»). Deze mutatie is het gevolg van de overboeking van de tranche 2003 naar dit beleidsartikel.	- 23,0	- 23,0	- 23,0	- 23,0	- 23,0	- 23,0
Korting op premiesubsidies.		- 0,3				
<i>Toelichting nieuwe nominale wijzigingen</i>						
De vergoeding voor de loon- en prijsontwikkeling wordt voor alle zorgsectoren in eerste instantie gereserveerd op de aanvullende post. Daar staat de raming voor de jaren 2004 tot en met 2008. De tranche 2003 wordt nu toegedeeld aan de sectoren (onder gelijktijdige verlaging van de aanvullende post). Voor deze sector resulteert dit in een structurele bijstelling van € 43,9 miljoen.	43,9	43,9	43,9	43,9	43,9	43,9
In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 was een ombuigingsbijdrage van de zorgsectoren (€ 250 miljoen) aan de algemene budgettaire problematiek opgenomen. Deze was in eerste instantie op de Aanvullende Post (het niet-beleidsartikel 99 Nominaal en onvoorzien) geparkeerd, maar wordt nu aan de verschillende zorgsectoren toegedeeld. Voor dit beleidsartikel betekent dit een structurele bijdrage van € 0,7 miljoen.	- 0,7	- 0,7	- 0,7	- 0,7	- 0,7	- 0,7

**BELEIDSARTIKEL 32: RIJKSBIJDRAGEN VOLKSGEZONDHEID****Begroting****Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1632	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		6 706 404	7 037 004	6 367 204	6 724 403	7 106 003	
Mutatie 1e suppletore wet		- 45 100	- 45 100	- 45 100	- 45 100	- 45 100	
Nieuwe mutaties		125 782	1 053 787	2 018 136	2 284 715	2 264 386	
Nieuwe nominale wijzigingen		72 596	72 596	36 431	36 430	36 430	
Stand ontwerpbegroting 2004	5 659 644	6 859 682	8 118 287	8 376 671	9 000 448	9 361 719	9 361 719

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1632	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		6 706 404	7 037 004	6 367 204	6 724 403	7 106 003	
Mutatie 1e suppletore wet		- 45 100	- 45 100	- 45 100	- 45 100	- 45 100	
Nieuwe mutaties		125 782	1 053 787	2 018 136	2 284 715	2 264 386	
Nieuwe nominale wijzigingen		72 596	72 596	36 431	36 430	36 430	
Stand ontwerpbegroting 2004	5 659 644	6 859 682	8 118 287	8 376 671	9 000 448	9 361 719	9 361 719

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1632	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003							
Stand ontwerpbegroting 2004	0	0	0	0	0	0	0

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
De hoogte van de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) wordt bepaald op grond van een in de wet vastgelegde formule. De BIKK is daarin afhankelijk van de mate waarin heffingskortingen leiden tot reductie van de premieontvangsten bij het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Deze reductie is afhankelijk van de hoogte van de overige belasting- en premietarieven van het tarief 1° schijf. Met name de stijgingen van de AWBZ-premie in 2003 en 2004 leiden tot een verhoging van de raming van de hoogte van de BIKK.	101 900	939 000	493 857	760 235	739 705	739 705
In de begroting 2003 was vanaf 2005 de rijksbijdrage ZFW afgeschaft en vervangen door de rijksbijdrage ter dekking van de ziektekosten van kinderen. In de begroting 2004 is er voor gekozen om de rijksbijdrage ZFW in alle jaren in stand te houden. Hierdoor kunnen alle wijzigingen die het gevolg zijn van de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 in een geheel worden verwerkt. Naar huidige verwachting zal dan vanaf 2006 de rijksbijdrage ZFW worden vervangen door de rijksbijdrage in verband de ziektekosten van kinderen.	23 882	114 787	1 524 279	1 524 480	1 524 681	1 524 681



## BELEIDSARTIKEL 33: JEUGDBELEID

### Begroting

#### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1633	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		799 917	800 189	797 714	800 741	811 034	
Mutatie 1e suppletore wet		- 2 611	- 2 762	- 3 315	- 2 544	- 13 905	
Nieuwe mutaties		4 370	9 075	13 132	29 749	37 173	
Nieuwe nominale wijzigingen		51 120	25 890	25 808	25 957	26 148	
Stand ontwerpbegroting 2004	902 810	852 796	832 392	833 339	853 903	860 450	859 950

#### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1633	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		805 215	803 504	800 437	800 556	811 034	
Mutatie 1e suppletore wet		- 1 906	- 2 277	- 2 552	- 2 544	- 13 905	
Nieuwe mutaties		1 580	9 663	13 712	29 749	37 173	
Nieuwe nominale wijzigingen		25 949	25 907	25 807	25 809	26 148	
Stand ontwerpbegroting 2004	806 149	830 838	836 797	837 404	853 570	860 450	859 950

#### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

M1633	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		8 211	8 030	7 984	7 984	7 984	
Mutatie 1e suppletore wet		395	- 454	- 454	- 454	- 454	
Nieuwe mutaties		1					
Stand ontwerpbegroting 2004	11 847	8 607	7 576	7 530	7 530	7 530	7 530

#### *Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

#### Bedragen (x 1000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingssubsidies.		- 3 400	- 6 082	- 5 656	- 5 656	- 5 656
Korting op projectsubsidies.		- 3 387	- 6 337	- 5 026	- 7 102	- 7 102
Het kabinet heeft bij het aantreden in het Hoofdlijnenakkoord besloten om de jeugdzorg, waaronder ook de preventie, te versterken. De verdeling van deze middelen is toegelicht in de beleidsagenda.			14 100	23 600	37 900	47 400
Toedeling prijsbijstelling.		1 622	1 622	1 622	1 622	1 622

## BELEIDSARTIKEL 34: SOCIAAL BELEID

### Begroting

#### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1634	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		69 168	70 013	72 713	72 548	73 474	
Mutatie 1e suppletore wet		- 11 449	- 11 951	- 3 675	- 3 935	- 3 766	
Nieuwe mutaties		3 750	- 7 361	- 11 854	- 12 275	- 14 369	
Nieuwe nominale wijzigingen		3 735	2 064	2 147	2 049	2 161	
Stand ontwerpbegroting 2004	83 378	65 204	52 765	59 331	58 387	57 650	57 667

#### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1634	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		73 029	73 032	73 297	73 482	73 474	
Mutatie 1e suppletore wet		- 2 198	- 2 946	- 3 290	- 3 616	- 3 616	
Nieuwe mutaties		635	- 7 095	- 12 825	- 12 200	- 14 213	
Nieuwe nominale wijzigingen		2 139	2 150	2 157	2 160	2 161	
Stand ontwerpbegroting 2004	65 971	73 605	65 141	59 339	59 826	57 806	57 806

#### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

M1634	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		3 851	3 851	3 851	3 851	3 851	
Mutatie 1e suppletore wet		- 767	- 1 221	- 1 221	- 1 221	- 1 221	
Nieuwe mutaties		- 2 458	- 2 630	- 2 630	- 2 630	- 2 630	
Stand ontwerpbegroting 2004	2 562	626	0	0	0	0	0

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

#### Bedragen (x 1000)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingssubsidies.		- 4 116	- 7 066	- 7 714	- 7 714	- 7 714
Korting op projectsubsidies.		- 3 283	- 6 142	- 4 871	- 6 884	- 6 884
Toelichting ontvangsten mutaties:						
Correctie op ontvangstentaakstelling.	- 2 630	- 2 630	- 2 630	- 2 630	- 2 630	- 2 630

**BELEIDSARTIKEL 35: SPORTBELEID**

**Begroting**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1635	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		60 714	63 437	68 550	71 399	75 611	
Mutatie 1e suppletore wet		- 1 945	512	537	358	14	
Nieuwe mutaties		9 050	- 14 235	- 20 583	- 16 364	- 19 506	
Nieuwe nominale wijzigingen		3 124	1 477	1 578	1 638	1 731	
Stand ontwerpbegroting 2004	76 209	70 943	51 191	50 082	57 031	57 850	60 308

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1635	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		76 760	77 555	77 732	77 857	77 854	
Mutatie 1e suppletore wet		3 304	341	276	249	249	
Nieuwe mutaties		15	- 12 381	- 18 806	- 14 761	- 18 209	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 749	1 786	1 787	1 785	1 785	
Stand ontwerpbegroting 2004	69 833	81 828	67 301	60 989	65 130	61 679	61 679

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1635	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		144	144	144	144	144	
Mutatie 1e suppletore wet		- 113	- 113	- 113	- 113	- 113	
Stand ontwerpbegroting 2004	8 131	31	31	31	31	31	31

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingssubsidies.		- 6 941	- 9 011	- 7 044	- 7 044	- 7 044
Korting op projectsubsidies.		- 5 274	- 9 868	- 7 826	- 11 059	- 11 059

**BELEIDSARTIKEL 36: VERZETSDEELNEMERS, VERVOLGDEN EN  
BURGEROORLOGSGETROFFENEN**

**Begroting**

**Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1636	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		386 853	370 714	353 630	337 430	321 454	
Mutatie 1e suppletore wet		27 064	23 339	21 539	15 539	11 300	
Nieuwe mutaties		4 635	229	- 2 845	- 502	- 1 616	
Nieuwe nominale wijzigingen		2 999	1 426	1 281	1 342	1 320	
Stand ontwerpbegroting 2004	472 700	421 551	395 708	373 605	353 809	332 458	328 840

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1636	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		389 252	371 177	354 034	337 565	321 454	
Mutatie 1e suppletore wet		28 461	24 513	22 663	15 539	11 300	
Nieuwe mutaties		4 635	229	- 2 845	- 502	- 1 616	
Nieuwe nominale wijzigingen		1 511	1 441	1 387	1 346	1 320	
Stand ontwerpbegroting 2004	473 039	423 859	397 360	375 239	353 948	332 458	328 840

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1636	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003							
Nieuwe mutaties		2 928					
Stand ontwerpbegroting 2004	1 186	2 928	0	0	0	0	0

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:***Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op instellingsubsidies.		- 875	- 875	- 875	- 875	- 875
Korting op projectsubsidies.		- 1 200	- 2 244	- 1 780	- 2 515	- 2 515
Deze middelen zijn nodig om uitvoering te kunnen geven aan de kabinetsbesluiten om middelen ter beschikking te stellen aan de Indische gemeenschap en de Sinti en Roma gemeenschap. Daarnaast bekostigen we onder meer een monument voor reizigers en geschiedschrijving over homoseksuelen.	1 311	2 294	2 498	2 347	2 347	2 347
In het Hoofdlijnenakkoord is voor de PUR een (volume- en efficiency)taakstelling opgenomen. Deze taakstelling is naar aanleiding van de rijksbrede problematiek thans verhoogd.		- 233	- 465	- 698	- 1 085	- 1 085
Het project «Tegoeden Tweede Wereldoorlog» is verlengd. Deze kosten worden gemaakt ten behoeve van de personele bezetting van het project.		510	520	530	538	543
Een deel van de ontvangsten (van het eerste deel) van de verkoop van het pand van het Indisch herinneringscentrum wordt gebruikt voor de renovatie van kamp Amersfoort.	1 100					
Terugdraaien van de intertemporele compensatie die heeft plaatsgevonden bij de 1e suppletore wet.	2 260		- 2 260			
<i>Toelichting ontvangsten mutaties:</i>						
De ontvangsten van onder meer de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) en die uit de verkoop van het pand van het Indisch Herinneringscentrum worden ingezet ter dekking van de meeruitgaven op dit beleidsartikel.	1 828					
Zie de toelichting aan de uitgavenzijde.	1 100					

**BELEIDSARTIKEL 37: INSPECTIES****Begroting****Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1637	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		35 914	35 401	35 460	35 410	35 392	
Mutatie 1e suppletore wet		- 4 028	- 1 222	- 1 150	- 1 884	- 1 872	
Nieuwe mutaties		13	5 508	5 535	5 559	5 686	
Nieuwe nominale wijzigingen		848	942	943	941	940	
Stand ontwerpbegroting 2004	40 942	32 747	40 629	40 428	40 026	40 146	40 146

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1637	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		36 037	35 447	35 460	35 410	35 392	
Mutatie 1e suppletore wet		- 3 890	- 1 131	- 1 510	- 1 884	- 1 872	
Nieuwe mutaties		13	5 508	5 535	5 559	5 686	
Nieuwe nominale wijzigingen		848	942	943	941	940	
Stand ontwerpbegroting 2004	41 446	33 008	40 766	40 428	40 026	40 146	40 146

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1637	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		995	995	995	995	995	
Mutatie 1e suppletore wet		- 525	- 525	- 525	- 525	- 525	
Stand ontwerpbegroting 2004	2 195	470	470	470	470	470	470

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Overheveling naar het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij in verband met de overdracht van het beheer van de VWA (centrale eenheid).	- 14 925	- 9 175	- 9 175	- 9 175	- 9 175	- 9 175
Overheveling van niet-beleidsartikel 98 in verband met de agentschapsvorming van het RIVM waardoor het budget komt te berusten bij de opdrachtgevers van het RIVM. Het gaat hier om het IGZ- en KvW-deel. Het KvW-aandeel is vervolgens overgeheveld naar beleidsartikel 21.		15 738	15 504	15 358	15 410	15 410
Het kabinet heeft bij het aantreden in het Hoofdlijnen-akkoord besloten om de jeugdzorg, waaronder ook de preventie, te versterken. De verdeling van deze middelen is toegelicht in de beleidsagenda. Deze middelen worden ingezet ten behoeve van versterking van het toezicht door de inspectie jeugdzorg in het kader van de invoering van de Wet op de Jeugdzorg.		300	400	500	600	600
Overheveling naar beleidsartikel 21.		- 7 557	- 7 396	- 7 396	- 7 351	- 7 351
Overheveling naar beleidsartikel 30.		- 2 680	- 2 680	- 2 680	- 2 680	- 2 680

## BELEIDSARTIKEL 38: TEGEMOETKOMING BUITENGEWONE UITGAVEN

### Begroting

#### Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1638	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003			0	0	0	0	
Nieuwe mutaties			89 000	93 000	98 000	104 000	
Stand ontwerpbegroting 2004			89 000	93 000	98 000	104 000	104 000

#### Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

U1638	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003			0	0	0	0	
Nieuwe mutaties			89 000	93 000	98 000	104 000	
Stand ontwerpbegroting 2004			89 000	93 000	98 000	104 000	104 000

#### Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)

M1638	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003							
Nieuwe mutaties							
Stand ontwerpbegroting 2004			0	0	0	0	0

#### *Toelichting:*

Voor de toelichting wordt verwezen naar de tekst van beleidsartikel 38.



**NIET-BELEIDSARTIKEL 98: ALGEMEEN****Begroting****Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1698	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		266 914	268 334	264 681	264 429	264 352	
Mutatie 1e suppletore wet		- 6 583	- 14 965	- 15 389	- 15 433	- 15 410	
Nieuwe mutaties		3 861	- 110 039	- 108 816	- 112 136	- 112 305	
Nieuwe nominale wijzigingen		2 699	2 987	2 860	3 011	3 010	
Stand ontwerpbegroting 2004	361 419	266 891	146 317	143 336	139 871	139 647	139 647

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1698	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		267 243	268 559	264 681	264 429	264 352	
Mutatie 1e suppletore wet		- 6 534	- 14 785	- 15 280	- 15 355	- 15 410	
Nieuwe mutaties		3 857	- 110 035	- 108 816	- 112 136	- 112 305	
Nieuwe nominale wijzigingen		2 696	2 990	2 860	3 011	3 010	
Stand ontwerpbegroting 2004	368 061	267 262	146 729	143 445	139 949	139 647	139 647

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1698	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		61 465	61 035	61 046	61 046	61 046	
Mutatie 1e suppletore wet		6 860					
Nieuwe mutaties		795	- 49 514	- 58 290	- 58 290	- 58 290	
Stand ontwerpbegroting 2004	86 019	69 120	11 521	2 756	2 756	2 756	2 756

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Korting op projectsubsidies.		- 331	- 619	- 491	- 694	- 694
Overheveling naar het ministerie van VROM in verband met de agentschapsvorming van het RIVM waardoor het budget komt te berusten bij de opdrachtgevers van het RIVM. Het gaat hier om het VROM-deel.		- 47 872	- 47 992	- 47 860	- 47 893	- 47 893
Overheveling van beleidsartikel 21 voor een bijdrage aan het Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem (ISIS). Doel is het verkrijgen van inzicht in het voorkomen van een groot aantal ziekten en het instandhouden van een goede achterwacht waarmee op de actualiteit kan worden ingespeeld.	693					
Overheveling van beleidsartikel 25 ten behoeve van modernisering AWBZ.	883					
Overheveling van diverse beleidsartikelen in verband met programmakosten voor het EU-voorzitterschap van Nederland in de tweede helft van 2004.		3 864				
Overheveling naar beleidsartikel 21.		- 18 108	- 17 837	- 17 337	- 17 397	- 17 397
Overheveling naar beleidsartikel 22.	- 758	- 674	- 536	- 536	- 536	- 536
Overheveling naar beleidsartikel 37.		- 15 738	- 15 504	- 15 358	- 15 410	- 15 410
Verlaging van het RIVM-uitgavenbudget, omdat de daarmee corresponderende ontvangsten vanaf 2004 (als het RIVM agentschap wordt) op de agentschapsbegroting RIVM worden geraamd.		- 30 969	- 30 969	- 30 969	- 30 969	- 30 969
Deze mutatie betreft een huurverhoging van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.	650	650	650	650	650	650
Correctie op oude taakstellingen ten behoeve van de tegemoetkoming in de ziektekosten.			2 400	2 400	2 400	2 400
Het inzetten van ruimte voor algehele P&M-problematiek.	- 2 039	- 2 003	- 429	- 5 001	- 5 001	- 5 001

**NIET-BELEIDSARTIKEL 99: NOMINAAL EN ONVOORZIEN****Begroting****Opbouw verplichtingen vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1699	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		- 40 034	- 39 083	- 40 185	- 46 674	- 46 271	
Mutatie 1e suppletore wet		163 124	172 481	141 613	149 542	150 060	
Nieuwe mutaties		2 240	2 778	- 8 747	- 9 177	- 13 517	
Nieuwe nominale wijzigingen		- 140 062	- 139 897	- 102 373	- 102 542	- 102 844	
Stand ontwerpbegroting 2004		- 14 732	- 3 721	- 9 692	- 8 851	- 12 572	- 12 576

**Opbouw uitgaven vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

U1699	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003		- 40 034	- 39 083	- 40 185	- 46 674	- 46 271	
Mutatie 1e suppletore wet		163 124	172 481	141 613	149 542	150 060	
Nieuwe mutaties		2 240	2 778	- 8 747	- 9 177	- 13 517	
Nieuwe nominale wijzigingen		- 140 062	- 139 897	- 102 373	- 102 542	- 102 844	
Stand ontwerpbegroting 2004		- 14 732	- 3 721	- 9 692	- 8 851	- 12 572	- 12 576

**Opbouw ontvangsten vanaf de vorige ontwerpbegroting (x 1000)**

M1699	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stand ontwerpbegroting 2003							
Mutatie 1e suppletore wet		1 200					
Stand ontwerpbegroting 2004		1 200	0	0	0	0	0

*Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties:*

**Bedragen (x 1000)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Op dit artikel zijn de volgende taakstellingen uit het Hoofdlijnenakkoord geparkeerd:						
a. taakstelling inhuur externen		- 6 609	- 8 741	- 8 741	- 8 741	- 8 741
b. additionele efficiencytaakstelling		- 1 768	- 3 536	- 5 304	- 8 840	- 8 840
c. volumetaakstelling uitvoerende diensten		- 693	- 1 386	- 2 079	- 2 771	- 2 771
d. doorwerking WW-maatregelen			- 25	- 50	- 100	- 100
Aanvullende taakstellingen die nodig zijn om knelpunten binnen de begroting op te lossen.	- 8 927	- 4 177	- 7 158	- 2 427	- 2 399	- 2 404
Overheveling naar beleidsartikel 33.	- 1 622	- 1 622	- 1 622	- 1 622	- 1 622	- 1 622
Nog toe te delen budget ter dekking van de algehele problematiek.		5 272	5 901	2 298	2 235	2 235
Toevoeging door het ministerie van Financiën van een aanvulling op de jaarlijkse budgetten voor loonbijstelling.	16 589	16 479	11 848	11 853	11 890	73 512
De prijsbijstelling is deels ingezet ter dekking van algehele problematiek.	- 3 800	- 3 800	- 3 800	- 3 800	- 3 800	- 3 800
Toedeling van voornamelijk loonbijstellingen aan de diverse beleidsartikelen.	- 140 062	- 139 897	- 102 373	- 102 542	- 102 844	- 102 844

**Premie**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>A. Opbouw uitgaven vanaf Zorgnota 2003 (x mln)</b>						
<b>Uitgavenniveau stand Zorgnota 2003</b>	2450,6	4 070,9	5 580,3	7 613,5	9 880,2	9 880,2
Mutaties Voorjaarsbrief Zorg 2003	- 284,9	- 245,1	- 234,6	- 231,6	- 231,6	- 231,6
Nieuwe mutaties	- 692,8	- 1 210,6	- 1 891,3	- 2 807,3	- 4 100,6	- 2 820,0
Nieuwe nominale mutaties	- 1 284,4	- 1 728,0	- 1 934,3	- 2 362,8	- 2 326,0	- 1 104,9
<b>Uitgavenniveau stand begroting 2004</b>	<b>188,5</b>	<b>887,2</b>	<b>1 520,1</b>	<b>2 211,8</b>	<b>3 222,0</b>	<b>5 723,7</b>
<b>B. Financiering (x mln)</b>						
AWBZ	111,5	334,6	613,9	856,6	1 256,5	2 372,3
ZFW	15,4	232,4	- 727,9	- 471,3	- 107,2	807,6
Particuliere verzekering	80,6	252,4	385,3	505,4	675,9	1 102,1
Eigen betaling AWBZ	- 19,0	67,8	148,8	221,1	296,8	320,8
Eigen betaling ZFW			1 100,0	1 100,0	1 100,0	1 100,0
<b>C. Aansluiting op Budgettair kader Zorg (x mln)</b>						
Bruto BKZ-uitgaven	188,5	887,2	1 520,1	2 211,8	3 222,0	5 723,7
BKZ-ontvangsten	- 19,0	67,8	1 248,8	1 321,1	1 396,8	1 441,7
<b>Netto BKZ-uitgaven</b>	<b>207,5</b>	<b>819,4</b>	<b>271,3</b>	<b>890,7</b>	<b>1 825,2</b>	<b>4 282,0</b>
<i>Toelichting belangrijkste nieuwe mutaties</i>						
Het uitgangspunt van het Hoofdlijnenakkoord is een geactualiseerde raming van het Centraal Planbureau voor de zorg. Deze actualisatie leidt tot een aanpassing van de beschikbare volumeruimte.		277,8	254,6	161,2	324,3	324,3

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Voor extra productie in de zorg boven de ramingen van het CPB is in het Hoofdlijnenakkoord een bedrag oplopend tot € 1 miljard gereserveerd.		250,0	500,0	750,0	1 000,0	1 000,0
In het Hoofdlijnenakkoord is een taakstelling beperking ziekteverzuim opgenomen. Deze zal nog aan de beleidsartikelen worden toegeedeeld.		- 17,4	- 34,8	- 52,2	- 69,6	- 69,6
Er is € 42 miljoen uitgetrokken voor ICT om de taakstelling die voortkomt uit het advies van de commissie de Beer te kunnen realiseren. Momenteel is nog niet bekend op welke beleidsartikelen dit bedrag terecht zal komen.		42,0	42,0	42,0	42,0	42,0
Het later invoeren van het nieuwe zorgstelsel resulteert in een besparingsverlies in de jaren 2005 en 2006.			50,0	50,0		
De verstrekking ziekenvervoer wordt uit het ziekenfondspakket gehaald (zie beleidsartikel 22). Voor flankerend beleid is in 2004 € 60 miljoen en vanaf 2005 € 70 miljoen gereserveerd en voorlopig op dit niet-beleidsartikel geparkeerd. In overleg met de zorgverzekeraars zal dit beleid verder uitgewerkt worden.		60,0	70,0	70,0	70,0	70,0
In het Hoofdlijnenakkoord is besloten tot een invoering eigen risico vanaf 2005. Deze taakstelling moet vanaf 2005 € 1,1 miljard opbrengen. Over de precieze invulling van deze maatregel dient nog nader te worden besloten.			0,0	0,0	0,0	0,0
Vanaf de begroting 2004 zijn de beschikbare bedragen voor volumegroei op de beleidsartikelen gepresenteerd. Voor genees- en hulpmiddelen was dit al zo. De bedragen geven de omvang van het totaal van deze overboekingen.	- 893,1	- 1 988,4	- 2 876,3	- 3 908,4	- 5 328,8	- 5 328,8
<i>Toelichting belangrijkste nominale mutaties</i>						
In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken de loonontwikkeling in de collectieve sector te beperken. Deze beperking wordt met de reguliere ruimte voor loon- en prijsontwikkeling te zijner tijd aan de beleidsartikelen toegeedeeld.		- 250,0	- 500,0	- 750,0	- 1 000,0	- 1 000,0
In het Hoofdlijnenakkoord is de ruimte voor incidentele loonontwikkeling beperkt. Ook deze wordt met de reguliere ruimte voor loon- en prijsontwikkeling te zijner tijd aan de beleidsartikelen toegeedeeld.		- 48,0	- 98,0	- 152,0	- 208,0	- 208,0
Na het Hoofdlijnenakkoord heeft het kabinet besloten de ruimte voor incidentele loonontwikkeling verder te beperken		- 60,0	- 120,0	- 120,0	- 120,0	- 120,0
De tranche 2003 van de loon- en prijsontwikkeling is aan de beleidsartikelen toegeedeeld.	- 1 408,9	- 1 408,9	- 1 408,9	- 1 408,9	- 1 408,9	- 1 408,9
In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 is een ombuigingsbijdrage van de zorgsectoren aan de algemene problematiek opgenomen. Deze was in eerste instantie op dit niet-beleidsartikel geplaatst en wordt nu aan de beleidsartikelen toegeedeeld.	250,0	250,0	250,0	250,0	250,0	250,0

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
De raming van de benodigde loon- en prijsbijstelling in de jaren vanaf 2004 wordt aangepast op basis van de actualisatie van het Centraal Planbureau van de zorgaming voorafgaand aan het Hoofdlijnenakkoord en op basis van de Macro-Economische Verkenningen (MEV).		- 96,1	- 82,3	- 150,2	- 7,2	1 306,2

## Was/wordt tabel

Deze was/wordt-tabel verklaart de structuur van de begroting 2004 op artikel- en op doelstellingenniveau vanuit de structuur van de begroting 2003. Als een artikel (doelstelling) in de kolom voor 2003 vaker voorkomt, betekent dit dat het artikel (de doelstelling) is opgesplitst naar meerdere artikelen (doelstellingen) van de begroting 2004. Omgekeerd betekent het vaker voorkomen van een artikel (doelstelling) in de kolom voor 2004 dat het artikel (de doelstelling) is ontstaan uit (delen van) meerdere artikelen (doelstellingen) van de begroting 2003.

<b>Artikel 2003</b>	<b>Artikel 2004</b>
Doelstelling 2003	Doelstelling 2004
<i>01 – Gezondheidsbevordering- en bescherming</i> Gedraggerichte gezondheidsbevordering Hoogwaardige jeugdgezondheidszorg (0 tot 19 jaar) Kwaliteit lokaal gezondheidbeleid en ggd's Kwaliteit lokaal gezondheidbeleid en ggd's Projecten, experimenten en onderzoek Projecten, experimenten en onderzoek Voorkoming/opsporing van (niet)infectieziekten Consumenten- en productveiligheid <i>01 – Gezondheidsbevordering- en bescherming</i>  Positie patient en patientenbeweging	<i>21 – Preventie en gezondheidsbescherming</i> Gedraggerichte gezondheidsbevordering Toegankelijkheid en kwaliteit OGZ Coördinatie/nazorg bij crises en rampen Toegankelijkheid en kwaliteit OGZ Programmering onderzoek/ontwikkeling Voorkoming/opsporing (niet)infectieziekten Voorkoming/opsporing (niet)infectieziekten Consumenten- en productveiligheid <i>30 – Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiënten- en consumentenbeleid</i>  Sterke positie zorggebruiker
<i>02 – Curatieve zorg</i> Spoedeisende medische hulp Spoedeisende medische hulp	<i>21 – Preventie en gezondheidsbescherming</i> Coördinatie/nazorg bij crises en rampen Voorkoming/opsporing (niet)infectieziekten
<i>02 – Curatieve zorg</i> Spoedeisende medische hulp Kwaliteit, doelmatigheid curatief somatische zorg Kwaliteit, doelmatigheid curatief somatische zorg Onderzoek en deskundigheid in de zorg Arbeidsgerelateerde aandoeningen Ethisch verantwoord handelen	<i>22 – Curatieve zorg</i> Spoedeisende medische hulpverlening Effectieve en efficiënte zorgverlening Tweedelijns zorg Effectieve en efficiënte zorgverlening Effectieve en efficiënte zorgverlening Tweedelijns zorg
<i>02 – Curatieve zorg</i> Kwaliteit en toegankelijkheid geneesmiddelen Kwaliteit/veiligheid gebruik lichaamsmaterialen Niet van toepassing Niet van toepassing	<i>23 – Geneesmiddelen en medische technologie</i> Geneesmiddelen Medische technologie en transplantaten Geneesmiddelen Medische technologie en transplantaten
<i>02 – Curatieve zorg</i>  Onderzoek en deskundigheid in de zorg Ethisch verantwoord handelen Onderzoek en deskundigheid in de zorg Kwaliteit, doelmatigheid curatief somatische zorg Functioneren medisch tuchtrecht Opleiden beroepsbeoefenaren	<i>30 – Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiënten- en consumentenbeleid</i> Modernisering beroepenstructuur Ethisch verantwoord handelen Vernieuwingen in de zorg Vernieuwingen in de zorg Modernisering beroepenstructuur Modernisering beroepenstructuur

## Was/wordt tabel

### Artikel 2003

### Artikel 2004

#### Doelstelling 2003

#### Doelstelling 2004

*03 – Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang*

Inzicht maatschappelijke problematiek irt beleid  
 Vergroten aanbod Algemeen maatschappelijk werk  
 Doeluitkeringen mo, vo en vz  
 Toegankelijkheid gezondheidszorg voor illegalen  
 Landelijke instellingen mo en vo  
 Landelijke instanties doelgroepen  
 Hulpverlening nav gebruik verslavende stoffen  
 Bevorderen geestelijke gezondheidszorg  
 Bevorderen geestelijke gezondheidszorg  
 Hulpverlening nav gebruik verslavende stoffen  
 Hulpverlening nav gebruik verslavende stoffen

*04 – Gehandicaptenzorg*

Gescheiden leefsituatie opheffen  
 Individuele en collectieve zeggenschap voorzieningen  
 Fysiek en sociaal toegankelijke samenleving  
 Beschikken over beperking-compenserende voorzien

*05 – Verzorging, verpleging en ouderen*

Informeel zorg en preventie  
 Kwaliteit en doelmatigheid  
 Kwaliteit en doelmatigheid  
 Passendheid en keuzevrijheid  
 Tijdigheid en toegankelijkheid  
 Communicatie en coördinatie ouderenbeleid

*06 – Arbeidsmarktbeleid*

Structurele aanpak arbeidsmarktknelpunten  
 Structurele aanpak arbeidsmarktknelpunten

*07 – Jeugdbeleid*

Bevorderen van participatie en toegankelijkheid  
 Ondersteunen van lokaal sociaal beleid  
 Onderzoek, monitoring en informatievoorziening  
 Ontwikkelen en waarborgen adequaat stelsel Jeugdzorg  
 Instandhouding internaten kinderen binnenschippers

*24 – Geestelijke gezondheids-, verslavingszorg en maatschappelijke opvang*

Maatschappelijke en vrouwenopvang  
 Geestelijke gezondheidszorg  
 Maatschappelijke en vrouwenopvang  
 Specifieke doelgroepen en samenleving  
 Specifieke doelgroepen en samenleving  
 Specifieke doelgroepen en samenleving  
 Drugsgebruik  
 Specifieke doelgroepen en samenleving  
 Geestelijke gezondheidszorg  
 Specifieke doelgroepen en samenleving  
 Verslavingszorg

*26 – Gehandicaptten- en hulpmiddelenbeleid*

Opheffen gescheiden leefsituatie  
 Kwaliteitstoetsing en -verbetering  
 Versterken van de rechtspositie  
 Stimuleren aanbod zorgvoorzieningen

*27 – Verpleging, verzorging en ouderen*

Samenwerking mantel- en professionele zorg  
 Doelmatigheid  
 Kwaliteit  
 Passendheid en keuzevrijheid  
 Tijdigheid en toegankelijkheid  
 Coördinatie en communicatie ouderenbeleid

*29 – Arbeidsmarktbeleid*

Terugdringen personeelstekorten  
 Regulier maken gesubsidieerde banen

*33 – Jeugdbeleid*

Participatie en toegankelijkheid  
 Lokaal sociaal beleid  
 Onderzoek en informatievoorziening  
 Adequaar stelsel van jeugdzorg  
 Internaten voor kinderen binnenschippers



## Was/wordt tabel

### Artikel 2003

#### Doelstelling 2003

##### *08 – Sociaal beleid*

Het voorkomen van sociale uitsluiting  
 Voorkomen achterstandsposities nieuwkomers  
 Voorkomen achterstandsposities nieuwkomers  
 Scholen van aspirant vrijwilligers  
 Scholen van aspirant vrijwilligers  
 Professionaliteit en kwaliteit welzijnsvoorzieningen  
 Professionaliteit en kwaliteit welzijnsvoorzieningen  
 Onderzoek, monitoring en informatievoorziening  
 Onderzoek, monitoring en informatievoorziening  
 Het voorkomen van sociale uitsluiting  
 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid  
 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid  
 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid  
 Bevorderen van participatie en toegankelijkheid  
 Bevorderen van participatie en toegankelijkheid  
 Bevorderen van participatie en toegankelijkheid  
 Onderzoek, monitoring en informatievoorziening

##### *09 – Sportbeleid*

Bevorderen beoefening van topsport in Nederland  
 Verantwoorde sportbeoefening bij een breed publiek

##### *10 – Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen*

Bevordering herdenken en vierden gebeurtenissen WOII  
 Uitvoering/coördinatie activiteiten Tegoeden WOII  
 Uitvoering v wetten en regelingen oorlogsgetroffenen

##### *11 – Inspecties*

Voedsel en Waren Autoriteit

##### *11 – Inspecties*

Inspectie Gezondheidszorg  
 Inspectie Jeugdhulpverlening  
 Inspectie Keuringsdienst van Waren

##### *12 – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*

Niet van toepassing

##### *12 – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*

Niet van toepassing

### Artikel 2004

#### Doelstelling 2004

##### *34 – Sociaal beleid*

Posterioriteit  
 Posterioriteit  
 Achterstandsposities  
 Vrijwilligerwerk  
 Maatschappelijke participatie  
 Toegankelijke kennis  
 Professionaliteit en kwaliteit  
 Toegankelijke kennis  
 Posterioriteit  
 Sociale uitsluiting  
 Zelfredzaamheid van burgers  
 Toegankelijke kennis  
 Lokaal sociaal beleid  
 Posterioriteit  
 Participatie en toegankelijkheid  
 Maatschappelijke participatie  
 Onderzoek en informatievoorziening

##### *35 – Sportbeleid*

Topsport  
 Breedtesport

##### *36 – Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen*

Herdenken en vierden gebeurtenissen WOII  
 Activiteiten thema «Tegoeden WOII»  
 Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen

##### *21 – Preventie en gezondheidsbescherming*

Consumenten- en productveiligheid

##### *37 – Inspecties*

Inspectie Gezondheidszorg  
 Inspectie Jeugdhulpverlening  
 Inspectie Keuringsdienst van Waren

##### *21 – Preventie en gezondheidsbescherming*

Voorkoming/opsporing (niet)infectieziekten

##### *98 – Algemeen*

Niet van toepassing

## Was/wordt tabel

### Artikel 2003

### Artikel 2004

Doelstelling 2003

Doelstelling 2004

*13 – Rijksbijdragen*

Gedeeltelijke dekking uitgaven ziektenkostenverzekering  
Gedeeltelijke dekking uitgaven AWBZ

*32 – Rijksbijdragen volksgezondheid*

Dekking uitgaven ziektenkostenverzekering  
Dekking uitgaven AWBZ

*14 – Algemeen*

Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (awbz)

*14 – Algemeen*

*25 – Modernisering AWBZ*

Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (awbz)

*30 – Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiënten- en consumentenbeleid*

Minder regels en administratieve lasten

*31 – Zorgverzekeringen*

Bevorderen informatiebeleid in de zorg

*14 – Algemeen*

Stelselherziening

*14 – Algemeen*

Stelselherziening

*98 – Algemeen*

Raad voor gezondheidsonderzoek

Sociaal en cultureel planbureau

Raad voor de volksgezondheid en de zorg

Raad voor de maatschappelijke ontwikkeling

Niet van toepassing

Bevorderen internationale samenwerking

Gezondheidsraad

Raad voor Gezondheidsonderzoek

Sociaal en Cultureel Planbureau

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

Strategisch onderzoek NVI

Internationale samenwerking

Gezondheidsraad

*15 – Nominaal en onvoorzien*

Loonbijstelling

Onvoorzien

Prijsbijstelling

*99 – Nominaal en onvoorzien*

Loonbijstelling

Onvoorzien

Prijsbijstelling

*16 – Maatschappelijke participatie van ouderen en gehandicapten*

Maatschappelijke participatie ouderen en gehandicapten

*28 – Wet Voorzieningen Gehandicapten*

Maatschappelijke participatie ouderen en gehandicapten

*Nieuw in 2004*

*38 – Tegemoetkoming buitengewone uitgaven*

Tegemoetkoming buitengewone uitgaven

## Overzichtsconstructies

In deze paragraaf vermelden wij de ramingen die in deze begroting zijn opgenomen en deel uitmaken van een overzichtsconstructie, te weten HGIS, GSB, Integratie en Milieu.

### *Homogene Groep Internationale Samenwerking (HGIS)*

De budgetten ad € 655 000,- per jaar voor deze overzichtsconstructie worden verantwoord op niet-beleidsartikel 98, bij de operationele doelstelling personeel kernministerie. Het gaat hier om de personele lasten van de VWS-attachés op diplomatieke posten te Washington, Parijs en Brussel.

<b>Tabel 1: HGIS-ramingen (bedragen x € 1000)</b>							
Artikel Onderwerp	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
98 Diplomatieke posten	655	655	655	655	655	655	655

### *Grotestedenbeleid (GSB)*

Een overzicht van de geldstromen voor het grotestedenbeleid staat in het Extra Comptabele Overzicht Grotestedenbeleid dat de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) met zijn begroting naar de Kamer stuurt. In de BZK-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. Wel zijn er vijf VWS-geldstromen die voor een deel van hun budget binnen het GSB-kader vallen. De toelichting op het budget van het GSB-deel is te vinden in de in tabel 2 genoemde artikelen.

<b>Tabel 2: GSB-ramingen (bedragen x € 1000)</b>							
Artikel Onderwerp	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
24 Stimuleringsregeling algemeen maatschappelijk werk	3 650	3 650	0	0	0	0	0
24 Experimenten heroïneverstrekking	5 486	5 495	0	0	0	0	0
24 Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg	171 696	171 521	171 521	171 521	171 521	171 521	171 521
33 Tieneropvang	1 033	675	0	0	0	0	0
35 Breedtesport	3 968	2 975	1 945	1 350	193	0	0

### *Integratiebeleid etnische minderheden*

Deze overzichtsconstructie is opgenomen in de begroting van het ministerie van Justitie.

**Tabel 3: Integratiebeleid etnische minderheden (bedragen x € 1000)**

Artikel	2003	2004	2005	2006	2007	2008
27 Verpleging en verzorging ouderen	727	727	0	0	0	0
33 Jeugdbeleid	1 000	538	629			
34 Sociaal Beleid	7 266	6 253	6 253	6 253	6 253	6 253

### Milieu

Deze overzichtconstructie is opgenomen in de begroting van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM).

**Tabel 4: Overzichtconstructie milieu (bedragen x € 1000)**

Artikel	2003	2004	2005	2006	2007	2008
21 Gezondheidsbeleid	524	1 614	1 064	1 014	1 014	1 014
35 Sport	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm	Pm

### Overzicht bijdragen aan ZBO's en RWT's

Bedragen x € 1000			
Art.	Naam	2003	2004
	<i>Uit begrotingsmiddelen</i>		
21	ZON		6 870
30	Patiëntenfonds		1 775
36	PUR		32 007
36	Comm Oorlogsgetroffenen		400
36	ZBO's TTW		3 458
98	CCMO		1 010
	<i>Uit premiemiddelen</i>		
31	Ziekenfondsen	468 880	
31	Uitvoeringsorganen AWBZ	105 510	
31	CAK	25 370	
31	CVZ	31 950	
31	CTZ	7 170	
31	CTG	10 200	
31	CBZ	12 900	
31	CSZ	2 710	
31	SUO	2 640	

De begrotingen van de ZBO's voor 2004 worden op 1 oktober 2003 ingediend. Om deze reden kunnen de bedragen voor 2004 nog niet opgenomen worden in deze begroting.

## MOTIES

AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Xenotransplantatie: Motie-Van der Vlies over alternatieven voor xenotransplantatie; het helder in kaart brengen van mogelijkheden en de Tweede Kamer informeren	26 335 nr. 12 (was nr. 6)	Hangt samen met afhandeling Gezondheidsraad adviezen «nieuwe wegen naar orgaan-donatie» (uit 2003) en «stamcellen voor weefselherstel» (uit 2002). De standpunten op beide adviezen zullen voor het einde van 2003 naar de Tweede Kamer worden gezonden.
Begroting 2001: Motie-Ravestein c.s. over de vervoerskosten voor jeugdige rolstoelersporters	27 400 XVI nr. 46	Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 4 juli 2003 over vervoerskosten.
Begroting 2001: Motie-Atsma c.s. over schoolfruit	27 400 XVI, nr. 50	Begin 2003 is in 7 steden gestart met verstrekking van schoolfruit op scholen. Dit is een proefperiode die loopt tot half 2005. Daarna zal bekeken worden of de verstrekking van schoolfruit landelijk ingevoerd wordt.
Tabakswet: Motie-Oudkerk/Kant over vergoeding van bewezen effectieve ondersteuningsvorming bij stoppen met roken	26 472, nr. 19	Afhankelijk van de uitkomst van de pilot Stoppen Met Roken zal de Tweede Kamer uiterlijk 1 december 2003 worden geïnformeerd over de uitvoering van deze motie. De uitkomst van de pilot wordt verwacht in de maand september 2003.
Tabakswet: Motie-Werner over extra middelen voor ondersteuning stoppogingen en preventie	26 472, nr. 59e	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 13/01/2003 over Wetsvoorstel 28 410 wijziging Tabakswet.
Begroting 2002: Motie-Buijs over een nota chronisch zieken 2002–2006	28 000 XVI, nr. 41	In de stand van zaken notitie over een nota chronische ziekten 2002–2006 d.d. 20 december 2002 is aangegeven dat de uitvoering van de nota zal worden geïntegreerd in het Actieplan Preventiebeleid. Deze nota wordt in november 2003 aan de Tweede Kamer gezonden.
Begroting 2002: Motie-Arib over een integrale reactie op het rapport van het PMB; het verbeteren van de positie van allochtone ouderen met name op het gebied van zorg en welzijn	28 000 XVI, nr. 50	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 26 mei 2003 over Kabinetsreactie op BMP rapport Teruggaan én Blijven.
Begroting 2002: Motie-Rouvoet over wijziging van artikel 1 van de Grondwet door opneming van de grond «handicap en chronische ziekte»	28 000 XVI, nr. 63	Tijdens de behandeling van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte in de Eerste Kamer op 1 april jl. is toegezegd dat BZK in zomer 2003 Tweede Kamer zal informeren over uitbreiding.
Begroting 2002: Motie-Oudkerk over het inzicht verschaffen over hoogte kortingen/bonussen en aanpassing akkoord met KNMP t.b.v. zorg en dure geneesmiddelen in ziekenhuizen	28 000 XVI, nr. 93	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 17 december 2002 over Maatregel kortingen en bonussen apotheehoudenden.
Patiënten/consumentenbeleid: Motie-Spoelman/Weekers over een medische ombudsman	27 807, nr. 4	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 14 februari 2003 over Medische Ombudsman.
Patiënten/consumentenbeleid: Motie-Weekers c.s. over een no-fault-systeem	27 807, nr. 8	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 16 december 2002 over Toezending rapport onderzoek Zon/Mw No-fault compensatiesysteem.
Patiënten/consumentenbeleid: Motie-Rouvoet c.s. over concrete, toetsbare beleidsdoelstellingen	27 807, nr. 10	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 17 april 2003 over Voortgang uitvoering «Met zorg kiezen».

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Patiënten/consumentenbeleid: Motie-Van der Vlies c.s. over integrale beleidsvoering	27 807, nr. 11	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 17 april 2003 over Voortgang uitvoering «Met zorg kiezen».
Patiënten/consumentenbeleid: Motie-Van der Vlies over een periodieke rapportage over voortgang met «Zorg kiezen»	27 807, nr. 12	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 17 april 2003 over Voortgang uitvoering «Met zorg kiezen».
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie-Buijs over de secundaire arbeidsvoorwaarden van huisartsen-in-opleiding	28 008, nr. 36	Naar verwachting worden de CAO onderhandelingen voor huisartsen, in opleiding, in september afgerond, waarna de Tweede Kamer hierover kan worden geïnformeerd.
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie-Buijs over herijking norminkomens vrijeberoepsbeoefenaren	28 008, nr. 38	Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 17 december 2002 over inkomensherijking vrije beroepers.
Huisartsen/Medisch specialisten: Motie-Arib over adviezen commissie Tabaksblad	28 008, nr. 42	Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 31 maart 2003 «Zorg in de buurt» Versterking huisartsenzorg (28 600 XVI, nr. 115). De Kamer zal voorafgaand aan de VWS-begrotingsbehandeling 2004 een integrale beleidsvisie ontvangen.
Alcoholnota: Motie-Hermann over duidelijke vermelding alcoholpercentage en leeftijdsgrens op verpakking en intensivering leeftijdscontrole bij verkoop	27 565, nr. 5	Naar verwachting zal in de tweede helft van 2003 een Raads werkgroep van de EC een nieuw Commissievoorstel bespreken ter aanscherping van de Europese etiketteringregels. Voor wat betreft de intensivering leeftijdscontrole kan gemeld worden dat de KvW sinds begin 2002 is versterkt met 55 fte ten behoeve van toezicht Drank- en Horecawet. Dit deel van de motie is dus UITGEVOERD.
Alcoholnota: Motie Oudkerk over een verbod alcohol-marketing gericht op jongeren	27 565, nr. 7	In het najaar 2003 wordt met de alcoholbranche overlegd om te komen tot nieuwe, concrete, eenvoudig te interpreteren, niet vrijblijvende afspraken over alcoholmarketing gericht op jongeren. Lukt dat niet, dan zal een Reclamebesluit worden voorgedragen.
Alcoholnota: Motie Oudkerk over een verbod op happy-hours	27 565, nr. 8	De motie wordt betrokken bij de voorbereiding van het Wetsvoorstel Drank- en Horecawet ten behoeven van een betere handhaving. Dit wetsvoorstel wordt medio 2004 aan de Ministerraad aangeboden en zal eind 2004 (na het advies van de Raad van State) aan de TK aangeboden worden.
Alcoholnota: Motie Buijs over het ontwikkelen van beleid op gebied preventie en voorlichting, gericht op terugdringing alcoholmisbruik onder jongeren	27 565, nr. 9	Er is een beleidsbrief in voorbereiding waarin aan de hand van de doelstellingen uit de «Declaration on Young People and Alcohol» (WHO, 2001) wordt nagegaan welke inspanningen Nederland op dit punt kan leveren. De maatschappelijke consultatie vindt 16 oktober 2003 plaats.
Alcoholnota : Motie Buijs over de uitwerking van een plan voor het instellen van een preventieconsulent door GGD in basisonderwijs	27 565, nr. 10	De motie wordt betrokken bij het Actieplan Preventiebeleid. Deze nota wordt in november 2003 aan de Tweede Kamer gezonden.
Alcoholnota: Motie Kant over het ter beschikking stellen van € 204 201 voor onderzoek naar excessief alcoholgebruik	27 565, nr. 12	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 29 november 2003 over de motie Kant.

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Alcoholnota: Motie Van der Vlies over een wettelijk verbod stuntaanbiedingen en dumprijzen m.b.t. alcohol	27 565, nr. 16	De motie wordt betrokken bij de voorbereiding van het wetsvoorstel Drank- en Horecawet ten behoeve van een betere handhaving. Dit wetsvoorstel wordt medio 2004 aan de MR aangeboden en zal eind 2004 (na advies RvS) aan de Tweede Kamer aangeboden worden.
Biotechnologie: Motie Feenstra over de integrale monitoring inzake de NVa; biotechnologie & toepassing van genetica in de gezondheidszorg	27 428 27 543, nr. 13	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 3 maart 2003 over Motie Feenstra.
Biotechnologie: Motie Ross-Van Dorp over informatie-materiaal over geneesmiddelverstrekking en biotechnologie via het internet; biotechnologie & toepassing van genetica in de gezondheidszorg	27 428 27 543, nr. 19	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 6 juni 2003 over AO motie Ross-van Dorp biotechnologie Geneesmiddelen en internet.
Biotechnologie: Motie Dittrich over de werkzaamheden van adviesorganen; biotechnologie & toepassing van genetica in de gezondheidszorg	27 428 27 543, nr. 21	UITGEVOERD Zie brief aan de TK van VROM d.d. 23 december 2002 (27 428/27 543, nr. 36).
Motie-Kant over het versnellen van de tweede evaluatie op de Wet orgaandonatie en afronden voor 1 juli 2003	28 140, nr 6	UITGEVOERD Zie brief aan de TK d.d. 27 juni 2003 over orgaandonatie.
Motie-Arib over het versnellen van de tweede evaluatie op de Wet orgaandonatie en afronden voor 1 juli 2003. Tevens het zenden van een overzicht waarin voor- en nadelen van het overgaan naar een geen-bezwaarsysteem zijn opgenomen en te rapporteren over de voortgang en het effect van flankerend beleid.	28 140, nr 7	UITGEVOERD Zie brief aan de TK d.d. 27 juni 2003 over orgaandonatie.
Motie Ross-van Dorp over een onderzoek naar de wijze waarop het herleidbaar opslaan van navelstrengbloed gerealiseerd kan worden	27 844, nr 12	Het rapport van de Gezondheidsraad zal in het najaar gereed zijn. Vervolgens zal de Kamer worden geïnformeerd.
Motie-Rijpstra / Middel over het doen van onderzoek naar de wenselijkheid op nationaal niveau tot sportwetgeving te komen	27 841, nr. 7H	Prof H. van Staveren (UvA) zal een verkennende notitie over de noodzaak en wenselijkheid van sportwetgeving schrijven. Naar aanleiding van deze notitie zal de Tweede Kamer in september worden geïnformeerd.
Motie-Ravestein over gehandicaptensport op de televisie	27 841, nr. 8H	In het 3e kwartaal zal er een overleg plaatsvinden met NOS over gebrek aan aandacht voor sport door gehandicapten op tv en het onderwerp jeugdsportjournaal. Na dit overleg zal de Tweede Kamer worden geïnformeerd.
Wet Bopz: Motie-Buijs over het binnen 2 maanden opstellen van een plan van aanpak versnelde uitbreiding capaciteit gewenste hulpverlening verkommerden, verloederden, zorgmijddenden	27 289, nr. 34	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 19 november 2002 over maatschappelijke opvang.
Vraag aan bod: Motie-Arib/Oudkerk over financiële garanties ouderen en chronisch zieken bij introductie nieuw stelsel	27 855, nr. 11	In het hoofdlijnenakkoord is vastgelegd dat er per 1 januari 2006 bij de invoering van de basisverzekering een zorgtoeslag wordt ingevoerd.
Wijziging Wet BIG: Motie-Rouvoet over deskundigen met een sociale of sociaal-agogische opleiding	27 669, nr. 9	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 10 maart 2003 over Motie 27 669 nr. 9 en nr. 10.
Wijziging Wet BIG: Motie-Hermann over kennelijk ontbreken van deskundigheid	27 669, nr. 10	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 10 maart 2003 over Motie 27 669 nr. 9 en nr. 10.

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Wijziging Wet BIG: Motie-Weekers over optreden tegen schadelijke kwakzalvers	27 669, nr. 12 (was 8)	Motie wordt meegenomen in het standpunt op de evaluatie van de Wet BIG (verschijnt in oktober 2003).
Gehandicaptenbeleid: Motie-Passtoors over wetsvoorstel toegankelijkheid en bereikbaarheid	24 170, nr. 68H	Wordt meegenomen in het Actieplan «Gelijke behandeling in de praktijk». Het actieplan wordt naar verwachting in december naar de TK gezonden.
Wet gelijke behandeling o.g.v. handicap/chronische ziekte:		
Motie-Bussemaker c.s. over gemeenschappelijke bepalingen	28 169, nr. 15	Wordt meegenomen in het Actieplan «Gelijke behandeling in de praktijk». Het actieplan wordt naar verwachting in december naar de TK gezonden.
Wet gelijke behandeling o.g.v. handicap/chronische ziekte:		
Motie-Bussemaker c.s. over een anti-discriminatieplicht op Europees niveau	28 169, nr. 17	Wordt meegenomen in het Actieplan «Gelijke behandeling in de praktijk». Het actieplan wordt naar verwachting in december naar de TK gezonden.
Wet gelijke behandeling o.g.v. handicap/chronische ziekte:		
Motie-Van der Vlies c.s. over een basisniveau van voorzieningen in het onderwijs	28 169, nr. 18H	Wordt meegenomen in het Actieplan «Gelijke behandeling in de praktijk». Het actieplan wordt naar verwachting in december naar de TK gezonden.
Wet gelijke behandeling o.g.v. handicap/chronische ziekte:		
Motie-Tonkens c.s. over een structurele financieringsbron voor onderwijsinstellingen	28 169, nr. 22H	Wordt meegenomen in het Actieplan «Gelijke behandeling in de praktijk». Het actieplan wordt naar verwachting in december naar de TK gezonden.
Wet gelijke behandeling o.g.v. handicap/chronische ziekte:		
Gewijzigde motie-Bussemaker/Van der Ham over generiek noodzakelijk veronderstelde aanpassingen en een actieplan	28 169, nr 27	Wordt meegenomen in het Actieplan «Gelijke behandeling in de praktijk». Het actieplan wordt naar verwachting in december naar de TK gezonden.
Wet gelijke behandeling o.g.v. handicap/chronische ziekte:		
Motie-Van Leeuwen over het leveren van een uiterste krachtsinspanning om de moties m.b.t. de WGBH/CZ tijdig uit te voeren en instellen Task Force ter versterking maatschappelijk draagvlak	28 169, nr. 48 e	Wordt meegenomen in het Actieplan «Gelijke behandeling in de praktijk». Het actieplan wordt naar verwachting in december naar de TK gezonden.
Begroting 2003:		
Motie-Rijpstra/Verbeet over de verstrekking van sport-hulpmiddelen	28 600 XVI, nr. 35	Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 4 juli 2003 over Motie-Rijpstra/Verbeet.
Begroting 2003: Motie-Rijpstra/Atsma over taken en verantwoordelijkheden van de sportkoepels	28 600 XVI, nr. 36	De Tweede Kamer zal in september worden geïnformeerd.
Begroting 2003:		
Motie-Atsma c.s. over fiscale belemmeringen voor sportbeoefening	28 600 XVI, nr. 37	Zie brief staatssecretaris Financiën d.d. 27 augustus 2003.



AANGENOMEN MOTIES	KAMERSTUK	STAND VAN ZAKEN
Begroting 2003: Motie-Atsma c.s. over genetische doping	28 600 XVI, nr. 38	Een project over genetische doping, georganiseerd door NeCeDo, is gestart. Na de zomer zal een tussenrapportage aan de Kamer worden gezonden.
Begroting 2003: Motie-Arib c.s. over de financiering van cliëntenraden	28 600 XVI, nr 52	Het wachten is op het onderzoek van KPMG naar de kosten van cliëntenraden. Dit onderzoek is naar verwachting gereed in september 2003. Het standpunt volgt dan naar verwachting in november.
Begroting 2003: Motie-Buijs c.s. om ZonMW preventieprogramma's te laten realiseren	28 600 XVI, nr 57	De motie had betrekking op de wens tot een snelle vervolgoopdracht voor het preventieprogramma van ZonMW, dit deel van de motie is uitgevoerd. Het andere deel had betrekking op het terugbrengen van het jaarlijkse uitgavenplafond voor ZON-programmering van € 28,6 mln naar het oude niveau van € 40 mln. Dit is gezien de huidige budgettaire krapte niet mogelijk. De reeds lopende programmering wordt wel gefaciliteerd.
Begroting 2003: Motie-Buijs c.s. over opzetten kanalisatieregeling contactlenzen zodat professionele begeleiding bij verstrekking gegarandeerd is	28 600 XVI, nr 58	Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 7 juli 2003 over vrije verkoop contactlenzen.
Begroting 2003: Motie-Buijs c.s. over voorlichting, plan van aanpak opsporing diabetes en medicatiebegeleiding	28 600 XVI, nr 59	De uitvoering van de motie zal worden geïntegreerd in de Actieplan Preventiebeleid. Dit Actieplan wordt in november 2003 aan de Tweede Kamer gezonden.
Begroting 2003: Motie-Vietsch c.s. over het feit cliënten en patiënten via benoemingen in de raad van toezicht van een instelling invloed hebben op het beleid	28 600 XVI, nr 60	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 11 augustus 2003 over implementatieplan WMCZ.
Begroting 2003: Motie-Tonkens c.s. over de erkenning van gebarentaal	28 600 XVI, nr 62	Internationale vergelijking moet informatie opleveren die betrokken departementen nodig hebben om erkenning gebarentaal mogelijk te kunnen maken. De Kamer zal hierover voor 1 januari 2004 worden geïnformeerd.
Begroting 2003: Motie-Tonkens/Van Geen over een overgangsregeling voor de registratie van antroposofische geneesmiddelen	28 600 XVI, nr. 67	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 4/4/2003 over antroposofische geneesmiddelen (28 600 XVI, nr. 121).
Begroting 2003: Motie-Wilders c.s. over zo snel mogelijk concrete en kwantitatieve doelstellingen te formuleren voor wachttijdreductie	28 600 XVI, nr. 68	Bij de begrotingsbehandeling VWS zal hierop worden teruggekomen.
Begroting 2003: Motie-Jense c.s. over de mobiele medische teams	28 600 XVI, nr. 79	UITGEVOERD Zie brief aan TK d.d. 2/4/2003 over voortgang MMT's (28 600 XVI, nr. 118).
Kleine ziekenhuizen Motie-Buijs c.s. over de ziekenhuisfuncties op de locatie Emmeloord	28 600 XVI, nr. 139	Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 3 juli 2003 over IJsselmeerziekenhuizen.
Kleine ziekenhuizen Motie-Rouvout c.s. over volledige afschaffing van de zgn fusiebonus	28 600 XVI, nr. 140	In september 2003 zal de Tweede Kamer over uitvoering van deze motie worden geïnformeerd.

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Motie-Kant over de kwijtschelding van eigen bijdragen	26 631, nr. 30	Op 16/6/2003 Tweede Kamer geïnformeerd, Z/VU-2 372 518, dat nadere gegevens nodig zijn over de omvang voordat hier een beslissing over genomen kan worden.
Kleine ziekenhuizen: Motie-Kant c.s. over de goedkeuring van fusies en/of concentraties	27 295, nr. 41	Motie wordt meegenomen in een brief aan de Kamer inzake beoordelingskader kleine ziekenhuizen. Deze zal naar verwachting in september 2003 aan de TK worden gezonden.
Kleine ziekenhuizen: Motie-Buijs c.s. over de onafhankelijke voorzitter in overleg met IJsselmeerziekenhuizen	27 295, nr. 46	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 25/4/2003 over bereikbare ziekenhuiszorg (27 295, nr. 50).
Kleine ziekenhuizen: Motie-Van Geen/Jukema over de doelstelling goede kwaliteit zorg IJsselmeerziekenhuizen	27 295, nr. 47	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 25/4/2003 over bereikbare ziekenhuiszorg (27 295, nr. 50).
Kleine ziekenhuizen: Motie-Jukema c.s. over de basisfuncties in Emmeloord	27 295, nr. 44	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 25/4/2003 over bereikbare ziekenhuiszorg (27 295, nr. 50).
Motie-Duyvendak c.s. over een ruimhartiger opstelling bij het verstrekken van griepvaccin en/of antivirale middelen	28 807, nr. 39	UITGEVOERD Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 6/5/2003 over motie Duyvendak (28 807, nr. 45).
Drugsbeleid: Motie-Van der Ham c.s. over een realistisch internationaal drugbeleid	24 077, nr. 117H	En marge van de CND heeft de Staatssecretaris van VWS verschillende gesprekken gevoerd met gelijkgezinde landen over de wenselijkheid en mogelijkheden om internationaal een meer realistisch drugsbeleid te bewerkstelligen en nauwer samen te werken. Ondermeer is met Nieuw-Zeeland, Canada, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, België, Brazilië, Australië en Duitsland afgesproken initiatieven voor de volgende CND zoveel waar mogelijk in goed overleg vooraf met elkaar af te stemmen. Zie brief aan TK d.d. 4 juli 2003.
Motie-Van der Staaij over het bevorderen dat belemmeringen die voor prostituees in de praktijk bestaan om met prostitutie te breken, worden weggenomen, o.m. door het stimuleren dan wel faciliteren van zgn. uitstapprogramma's	28 600 VI, nr 66	De Tweede Kamer zal binnenkort worden geïnformeerd over de uitvoering van de motie.
Wet op de jeugdzorg: Motie-Cörüz over zorgaanbieders in een andere provincie	28 168, nr. 40	Wordt opgenomen in landelijk beleidskader. Deze wordt in najaar 2003 aan de Tweede Kamer aangeboden.
Wet op de jeugdzorg: Motie-Cörüz/Kalsbeek over lokale voorzieningen	28 168, nr. 41	Tweede Kamer ontvangt in december 2003 hierover een voorstel. Ook worden de resultaten aangeboden van een onderzoek naar de gemeentelijke uitvoering.
Wet op de jeugdzorg: Motie-Cörüz over één financieringsbron voor de jeugdzorg	28 168, nr. 42	Het onderzoek hiernaar wordt in het najaar 2003 gestart.
Wet op de jeugdzorg: Motie-Örgü over de verantwoordelijkheid van provincies	28 168, nr. 45	Wordt opgenomen in landelijk beleidskader. Deze wordt in najaar 2003 aan de Tweede Kamer aangeboden.
Wet op de jeugdzorg: Motie-Kalsbeek over een gezinscoach voor multi-problem gezinnen	28 168, nr. 46	Tweede Kamer ontvangt in oktober een brief waarbij ook de inzichten van de pilots in Limburg worden betrokken.

---

<b>AANGENOMEN MOTIES</b>	<b>KAMERSTUK</b>	<b>STAND VAN ZAKEN</b>
Wet op de jeugdzorg: Motie-Kalsbeek/ Cörüz over een tijdelijke extra investering in jeugdzorg in Flevoland	28 168, nr. 48	Hierover loopt reeds overleg in Flevoland. De Tweede Kamer wordt hierover bij de begrotingsbehandeling geïnformeerd.
Motie-Vietsch c.s. over gedwongen verhuizingen	26 631, nr. 51	De Tweede Kamer zal in najaar 2003 worden geïnformeerd over de uitvoering van de motie.

---

## TOEZEGGINGEN

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Een integrale en resultaatgerichte jeugdagenda.	Kennismakings- en planningsoverleg d.d. 26 september 2002	De Kamer zal in oktober de jeugdagenda ontvangen.
Het advies van de cie. Tieneropvang en standpunt op het advies	Actualisatie Planningsbrief 5 november 2002	De Kamer zal in oktober het standpunt ontvangen.
Bouwstenennotitie Wvg en nu verder	Actualisatie Planningsbrief 5 november 2002	De Kamer ontvangt in maart 2004 een hoofdlijnennotitie over het dienstverleningsstelsel.
Kabinetsstandpunt inzake positie en financiering van de eerstelijns psychologische zorg	Actualisatie Planningsbrief 5 november 2002	Bezien wordt op welke wijze de positie en financiering van eerstelijns psychologische zorg kan worden betrokken in de aan de Kamer toegezegde beleidsvisie geïntegreerde eerstelijns (deze beleidsvisie is toegezegd tijdens het AO huisartsenzorg op 18 juni 2003).
Uitwerking m.b.t. drugs inclusief analyse soft-drugsbeleid met nieuwe normstelling.	Actualisatie Planningsbrief 5 november 2002	De Kamer zal in oktober de beleidsbrief over cannabis ontvangen.
Interdepartementaal Beleidsonderzoek naar de maatschappelijke opvang.	APB 2002	De Kamer ontvangt in oktober 2003 het standpunt op het IBO maatschappelijke opvang.
Beleidsstandpunt n.a.v. rapportage Commissie Invoeringsaspecten Behandelingen Heroïneverslaving (CIBH).	Antwoorden begroting 2003 (28 600 XVI, nr 12)	Rapportage is 16 juni aan de Kamer aangeboden; kabinetsstandpunt wordt in oktober naar de Kamer gestuurd.
De Kamer informeren over de conclusies van de commissie Buurmeijer inzake de aansturing van de regionale indicatieorganen (RIO's).	AO Groot project Modernisering AWBZ d.d. 4 december 2002	In september ontvangt de TK een presentatie van de conclusies van de Cie. Buurmeijer inzake aansturing Regionale Indicatieorganen (RIO's).
Landelijk beleidskader welzijn (Welzijnsnota)	Actualisatie Planningsbrief 5 november 2002	Verschijnt in november 2003. In de begroting 2004 wordt het Landelijk beleidskader welzijn aangekondigd.
Structurele subsidierelaties met landelijke instellingen	Invulling taakstellingen VWS-begroting 2003 (28 600 XVI, nr. 23) d.d. 23 november 2002	De Kamer zal hierover op Prinsjesdag worden geïnformeerd.
Plan opstellen voor monitoring zelfregulering reclame-toezicht geneesmiddelen	Interpellatie Kant over reclametoezicht geneesmiddelen door de Inspectie voor de Volksgezondheid d.d. 25 september 2002	Monitoringplan is aangekondigd met de brief aan de Kamer van 16 april 2003 (goedkeuring werkplan en MJP). In zal het plan naar de Kamer worden gezonden.
Beleidsstandpunt inzake het beoordelingskader kleine ziekenhuizen.	Brief Breder beoordelingskader kleine ziekenhuizen CZ-2 359 550 d.d. 10 maart 2003	In september 2003 zal de Kamer geïnformeerd worden over het beleidsstandpunt inzake het beoordelingskader kleine ziekenhuizen.
De Kamer informeren over de bevindingen van het CVZ inzake het evaluatieonderzoek m.b.t. het tandheelkundig pakket	Brief Evaluatie reductie tandheelkundig pakket CZ-2 177 415 d.d. 11 mei 2001	Definitieve oplevering van eindrapportage CvZ wordt verwacht in november 2003.
De Kamer zal een standpunt ontvangen over de financiële randvoorwaarden waaronder kleine ziekenhuizen bereikbaar moeten zijn	AO J.H. Jansen Ziekenhuis Emmeloord d.d. 22 mei 2003	Deze toezegging wordt meegenomen in de toezegging inzake het beoordelingskader kleine ziekenhuizen. In september 2003 zal de Kamer hierover worden geïnformeerd.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Zodra het eindrapport van de IGZ gereed is – naar verwachting begin 2004 – zal de Kamer geïnformeerd worden over de resultaten van een thematisch onderzoek naar de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg bij de centrale huisartsenposten.	Antwoorden op kamervragen van Arib over de bereikbaarheid van huisartsenzorg d.d. 3 februari 2003	Naar verwachting is het onderzoek van de IGZ begin 2004 afgerond, zal de Kamer geïnformeerd worden.
Verwerken van de conclusies «ruimte voor resultaat» in de begrotingsstukken voor het jaar 2004.	Prestatiegerichte bekostiging «Ruimte voor Resultaat» (28 600 XVI, nr 17) d.d. 15 november 2002	In september 2003 worden gegevens van het Ctg verwacht. In oktober 2003 wordt de Kamer hierover geïnformeerd.
De Kamer informeren over de stand van zaken rondom de financieringssystematiek voor opleidingen.	Antwoorden op kamervragen van Tonkens over het «rugzakje» voor stagiaires in de zorg d.d. 19 mei 2003	In november 2003 zal de Kamer hierover geïnformeerd worden.
Standpunt op advies landsadvocaat inzake keuze voor een zorgverzekering op privaatrechtelijke grondslag	Antwoorden op kamervragen van Kant, Van Heteren en Tonkens over rapporten van de landsadvocaat en van de RVZ d.d. 16 december 2002	Aanbieding van de Wet op de Zorgverzekering aan de Tweede Kamer is voorzien juni 2004.
Indienen Wetsontwerp Zorgverzekeringswet	Antwoorden Zorgnota (28 605, nr 2) d.d. 15 november 2002	Aanbieding van de Wet op de Zorgverzekering aan de Tweede Kamer is voorzien juni 2004.
Brief over bouwbeleid (inclusief WEZ)	Kennismakings-Planningsoverleg d.d. 26 september 2002	Tijdens het AO 3 april 2003 over de modernisering AWBZ gaf de staats-secretaris aan ernaar te streven dat de brief over het bouwbeleid na zomerreces naar de Tweede Kamer gestuurd kan worden. Planning: oktober.
De Kamer informatie sturen over het vervolg op de aanbeveling van de commissie Meurs om de positie van de raden van toezicht wettelijk te verankeren.	AO Kleine ziekenhuizen d.d. 3 oktober 2002	De aanbevelingen van de commissie Meurs inzake de positie van de raden van toezicht van zorginstellingen worden geregeld via het wetsvoorstel exploitatie zorginstellingen. Deze wet is op 29 maart 2001 bij de TK ingediend (27 659).
De Kamer ontvangt in oktober 2003 een wetsvoorstel met betrekking tot: – de mogelijkheid om gegevens te verifiëren en te controleren (voor vaststelling recht op verzekering); – wettelijke basis aan elektronische gegevensuitwisseling bij ziekenfondsen; – sofi-nummer een rol in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998; – wettelijke verplichting om zich als verzekerde te identificeren; – ziekenfondsen krijgen de mogelijkheid om als sanctie bij declaratiefraude een bestuurlijke boete op te leggen.	Brief Voortgang uitvoering Interdepartementale voorbereiding is in volle «Met zorg kiezen» (27 807, nr. 20) d.d. 17 april 2003	gang. Voorstel aangeboden aan Actal. Aanbieding van het wetsvoorstel aan de Kamer is voorzien in oktober 2003.
Verzoek om 2 jaar na inwerkingtreding een evaluatie van het Wetsvoorstel Wijziging van de Wtz 1998 in verband met het vervallen van het woonplaatsvereiste 2 jaar na inwerkingtreding	Brief Wijziging van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 DBO-2 244 520 d.d. 17 december 2001	Op 19 september 2002 is een brief aan de SUO verzonden waarin gevraagd is om de resultaten van de evaluatie voor 1 juli 2004 te doen toekomen. Hierna wordt de Kamer geïnformeerd.
De Kamer krijgt bericht als het beraad van het kabinet over de uniformering van het fraudebegrip tot uniformering leidt.	Brief Kamervragen zorgfraude DBO-CB-U-2 381 575 d.d. 16 mei 2003	VWS en Justitie zullen op korte termijn overleggen. Vervolgens zal de Kamer hierover worden geïnformeerd.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Het CVZ onderzoekt of er bij de door het buitenland gedeclareerde kosten onregelmatigheden zijn aangetroffen. Indien dat onderzoek tot resultaten leidt worden deze in een later stadium aan de Kamer worden toegezonden.	Brief Kamervragen zorgfraude (28 828, nr. 3) d.d. 18 april 2003	Het CVZ is verzocht te onderzoeken welke bedragen er omgaan in de zgn. tarifieringprocedure. Informatie hierover vergt onderzoek van de door de onderscheiden ziekenfondsen aan CVZ meegedeelde cijfers.
Informatie aan TK op welke criteria de rapportcijfers voor de verzekeraars worden gebaseerd	AO Kleine ziekenhuizen d.d. 3 oktober 2002	De eerste set indicatoren is beschikbaar. Aan de hand hiervan vindt in het najaar overleg met zorgverzekeraars plaats.
Een definitieve keuze maken in de financiering van de IKG's als de resultaten van het onderzoek van het Patiëntenfonds naar de financiering van de IKG's is afgerond	Nota-overleg Patiënten/Consumentenbeleid «Met zorg kiezen» (27 807, nr 1) d.d. 18 maart 2002	De IKG's (Informatie- en Klachtbureaus Gezondheidszorg) zijn ondergebracht bij de RPCP's (Regionale Patiënten/Consumenten Platforms). De RPCP's ontvangen exploitatiesubsidie van de provincies. In de afgelopen periode heeft het Fonds PGO in totaal € 1 033 380,00 subsidie verstrekt voor vier pilotprojecten van IKG's. Doel daarvan was te komen tot bouwstenen voor verdergaande professionalisering van de IKG's. De subsidie van het Fonds PGO eindigt per 1 juli 2003. In de voortgangsbrief inzake de nota «Met zorg kiezen» is aangekondigd dat de minister een standpunt zal innemen over de inrichting en financiering van de RPCP's. Hierbij zal ook aandacht zijn voor de financiering van de IKG's.
Zodra nadere informatie beschikbaar komt over de mobiliteit van patiënten in de EU zal de Kamer worden geïnformeerd	AO EU Raad voor Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken d.d. 22 mei 2003	«High level process of reflection on patient mobility in the EU» is in volle gang. In het najaar van 2003 is dit informele proces afgerond. Naar verwachting zullen er aanbevelingen worden gedaan.
Standpunt Evaluatie Wet BIG	Zie planningsbrief DBO-2321803 d.d. 7 oktober 2002	Komt tegelijkertijd met standpunt op RVZ advies «Taakherschikking in de Zorg» en het MOC rapport «de arts voor straks», (brief IBE/BO-2 369 301, d.d. 9 april 2003). Het standpunt wordt in oktober aan de Kamer aangeboden.
Uitwerking geven aan taakherschikking tussen de beroepen in de zorg teneinde uitbreiding capaciteit zorgverleners te bereiken	Zie brief Antwoorden begroting 2002 DBO-2234198 d.d. 16 november 2001	Het standpunt VWS op RVZ advies van januari 2003 wordt in oktober aan de Kamer aangeboden. Het standpunt op het RVZ advies «Taakherschikking in de Zorg» geeft de toegezegde uitwerking.
Wetsvoorstel inzake gebruik van lichaamsmateriaal (zeggenschap)	Zie Planningsbrief d.d. 30 november 2000	Het wetsvoorstel wordt in 6 maart 2004 aangeboden aan Ministerraad.
Evaluatie Wet foetaal weefsel	Plenaire behandeling wetsvoorstel Foetaal weefsel d.d. 6 november 2001	Start als evaluatie-programma in 2004. Het feitelijk onderzoek start in september 2005.
Standpunt op advies van de GR inzake prenatale screening aan de Kamer zenden	Zie brief Advies Gezondheidsraad Prenatale screening d.d. 9 mei 2001	Standpunt zal in november 2003 aan TK worden gezonden.

WAT IS TOEGEZEGD?	VINDPLAATS	STAND VAN ZAKEN
Gezamenlijk standpunt van OCW en VWS op rapport Medisch Opleidings Continuüm.	Zie brief Implementatieplan MDW-traject medische beroepen (24 036, nr. 262) d.d. 27 juni 2002	In oktober 2003 zal de Kamer het standpunt ontvangen.
Het octrooieren van genen: VWS, EZ en OCenW zullen een brede studie laten doen naar mogelijke gevolgen van verleende octrooien voor de gezondheidszorg.	Nota-overleg Biotechnologie d.d. 30 januari 2002	In oktober 2003 zal de TK de studie humane genoctrooien (rapport Van de Bunt) vergezeld van een standpunt ontvangen.
Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie.	Zie brief Wet op de orgaandonatie (28 140, nr. 3) d.d. 21 februari 2002	Tussenrapportage op 27 juni 2003 aan Kamer gezonden. Eindrapportage wordt in voorjaar 2004 aangeboden aan Minister VWS. Vervolgens zal in juli 2004 standpunt aan Kamer worden gezonden.
Standpunt op advies Gezondheidsraad «Nieuwe wegen naar orgaandonatie»	Zie brief d.d. 4 juli 2003 Aanbieding GR-advies	Standpunt zal in november 2003 aan TK worden aangeboden.
Uitkomsten van studie naar het langere termijn beleid geneesmiddelen per 1 juli 2003 naar de Kamer zenden. AO Geneesmiddelen 27 maart 2003		Op dit moment vindt overleg met betrokken partijen plaats om tot lange termijn beleid te komen.
Strategienota infectieziekten	VAO Sars d.d. 23 april 2003	De nota zal in december 2003 aan de Kamer gezonden worden.
Advies Kennisinfrastructuur Infectieziekten van de RGO aan de Kamer zenden.	VAO Sars d.d. 23 april 2003	Het standpunt zal worden meegenomen in de Strategienota Infectieziekten. De nota zal in december 2003 aan de Kamer gezonden worden.
Actieplan Preventiebeleid	Begroting VWS 2001 d.d. 29 november 2000	Het Actieplan zal in november 2003 naar de Kamer worden gezonden.
Implementatieprogramma SEGV inclusief de daarvoor benodigde investeringen.	Zie brief Toezending kamervragen VC VWS inzake eindrapport programmacommissie SEGV-II DBO-2255392 d.d. 29 maart 2002	Deze toezegging wordt meegenomen in de Actieplan Preventiebeleid. Het Actieplan zal in november 2003 naar de Kamer worden gezonden.
Het advies Raad van State op AMvB tabaksautomaten naar de Kamer sturen.	AO AMvB tabaksautomaten d.d. 12 februari 2002	Advies Raad van State en nader rapport zullen in het najaar 2003 naar de Kamer worden gezonden.
Standpunt op het advies van de Gezondheidsraad inzake «Wet bevolkingsonderzoek: screening van pasgeborenen op taaislijmziekte».	Zie brief Advies Gezondheidsraad over Wet Bevolkingsonderzoek DBO-2292921 d.d. 21 juni 2002	Met de Gezondheidsraad is afgesproken, dat het verwachte advies van de GR (over de wenselijkheid screening pasgeborenen) te verbreden naar een advies over de gehele neonatale screening (inclusief taaislijmziekte). Advisering door de Gezondheidsraad is gepland voor eind 2004.

## Afkortingenlijst

ACBG	Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
ACTAL	Adviescollege toetsing administratieve lasten
AFBZ	Algemeen fonds Bijzondere Ziektekosten
Agio	Assistenten-geneeskundige in opleiding
AMA	Alleenstaande Minderjarige Asielzoeker
AMK	Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANW	avond-, nacht- en weekenddiensten
AO	Ambtelijk overleg
AOR	Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië
APV	Algemene productveiligheidsrichtlijn
AVVV	Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede Zorgregistratie
Bbag	Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten
BBP	Bruto Binnenlands Product
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BIKK	Bijdrage in de kosten van kortingen
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMC	Bureau Medicinale Cannabis
BMR	bof, mazelen en Rode Hond
BNP	Bruto Nationaal Product
BOB	biotechnologie als open beleidsproces
BOPZ	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BOS	Buurt, Onderwijs en Sport
BRG	Besluit Registratie Geneesmiddelen
BSE	Boviene Spongiforme Encéfalopathie
BTW	Bruto Toegevoegd Waarde
BUZA	Buitenlandse Zaken
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAK	Centraal AdministratieKantoor bijzondere ziektekosten
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
CARMA	Campylobacter Risk Management and Assessment
CAW	Centraal Administratiekantoor Welzijnswerk
CAWJ	Convenant arbeidsmarkt welzijn en jeugdhulpverlening
CAZ	Convenant arbeidsmarktbeleid zorg
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBG-MEB	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen – Medicines Evaluation Board
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CCMO	Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CENSIS	Centrale Stichting van Internaten voor Schippers- en Kermisjeugd
CEV	Centrum voor Externe Veiligheid en Vuurwerk
CGOR	Centrum voor Gezondheidsonderzoek bij Rampen
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CIBH	Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaving
CIDC	Centraal Instituut voor Dierziekte Controle
CIPI	Code Indeling PrestatieIndicator



CIVIQ	Civil society Instituut Vrijwillige Inzet Quality
CMS	Concerned Member State
CND	Commission on Narcotic Drugs
COGEBBA	Commissies voor de gebiedsaanwijzing
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COS	Commissie Overleg Sectorraden
CPA	Commissie Psychiatrische Arbeidsongeschiktheid
CPB	Centraal Planbureau
CSZ	Curatieve Somatische Zorg
CtC	Community that Care
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
C&V	Stichting Consument en Veiligheid
CVTM	Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg
CVV	Collectief Vraagafhankelijk Vervoer
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CWP	Commissie het werkend perspectief
CZWO	Commissie Zorg, Welzijn en Onderwijs
DBC	diagnose-behandelcombinatie
DHW	Drank- en Horecawet
DKG	diagnosekostengroep
DKTP	Difterie Kinkhoest Tetanus Polio
Doconed	Doping Controle Nederland
DTP	Difterie Tetanus Polio
ECN	Energieonderzoek Centrum Nederland
EHLASS	European Home and Leisure Accident Surveillance System
EMEA	European Medicines Evaluation Agency
EMPUR	Elektronisch Monitoringsysteem PUR
EPD	elektronisch patiëntendossier
EU	Europese Unie
EVS-SCEN	Elektronisch Voorschrijfsysteem/Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland
EZ	Economische Zaken
FBZ	Financieel Beeld Zorg
Fte	Fulltime Equivalent
FTO	Farmaco Therapie Overleg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGO	genetisch gemodificeerd organisme
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GGZN	GGZ Nederland
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
GMT	Geneesmiddelen en Medische Technologie
GSB	Grotestedenbeleid
GVS	Geneesmiddelen Vergoedingensysteem
HA	Hoofdlijnenakkoord
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
Hib	Haemophilus Influenza type b
HGIS	Homogene Groep Internationale Samenwerking
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HTA	Health Technology Assessment
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
ICECI	International Classification of External Causes of Injuries
ICODO	Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie

I/D	Instroom/doorstroom
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKC	Integrale Kankercentra
IKG	Informatie- en klachtenbureau Gezondheidszorg
IMTA	Institute for Medical Technology Assessment
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
IPO	Interprovinciaal Overleg
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
ITF	International Task Force
IVF	In-vitrofertilisatie
IWZ	Innovatieprogramma Wonen en Zorg
IWZ/VEBO	Innovatieprogramma Wonen en Zorg/Vernieuwing en Beleidsontwikkeling
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JONG	Jeugdbeleid Overheid Nu Gezamenlijk
JWP	Jaarwerkprogramma
KAG	Keuringsraad Aanprijzing Gezondheidsproducten
KDC	Kinderdagcentrum
KID	Kunstmatige Inseminatie Donor
KNCV	Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie Verloskundigen
KNVB	Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond
KvW	Keuringsdienst van Waren
Lareb	Stichting Landelijke Registratie en Evaluatie Bijwerkingen
LBT	Landelijk bureau toegankelijkheid
LCI	Landelijk Centrum Indicatiestelling
LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding
LCMR	Landelijke Centrale Middelen Registratie
LCO	Landelijk Centrum Opbouwwerk
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging
LIS	Letsel Informatie Systeem
LNV	Landbouw, Natuurbeheer en Voedselveiligheid
LOIB	Landelijke Overlegplatform Internationaal Beleid
LSR	Landelijk Steunpunt cliëntenRaden
LVT	Landelijke Vereniging voor de Thuiszorg
LVTC	Landelijke Vereniging Traumacentra
LZD	Landelijk Zorgprogramma Dementie
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
MEV	Macro-economische verkenning
MJP	Meerjarenplan
MMT	Mobiel Medisch Team
MO	Maatschappelijke Opvang
MOOZ	Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
MR	Ministerraad
MRSA	Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NeCoDo	Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken
NGB	Norm Gezond Bewegen
NICAM	Nederlands Instituut voor Classificatie van Audiovisuele Media
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NICU	Neonatale intensive care units

NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NIVM	Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik (voorheen Stichting DGV)
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NIZW/IC	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/International Centre
NJR	Nationale Jeugdraad
NKI	Nederlands Kanker Instituut
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NMG	Nationale Monitor Geestelijke gezondheid
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NOV	Nederlandse Organisatie Vrijwilligerswerk
NP	Nurse Practitioner
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NPI	Nederlands Paramedisch Instituut
NSPOH	Netherlands School of Public & Occupational Health
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting
NVa	Nederlandse Voedselautoriteit
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVOM	Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck
NVV	Nationale Vaccin Voorziening
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NWO/MW	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek/Medische Wetenschappen
OBiN	Ongevallen en Bewegen in Nederland
OCenW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OECD	Economic Co-operation and Development
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OGGZ	openbare geestelijke gezondheidszorg
OGZ	openbare gezondheidszorg
O&O	Opvoedingsondersteuning & Ontwikkelingsstimulering
OSA	Organisatie voor Strategische Arbeidsmarktonderzoek
PA	Physician Assistant
PAAZ	Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen
PGB	persoonsgebonden budget
PGO	fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen
PICE	Pediatrische intensive-care-evaluatie
PICU	Pediatrische intensive-care-units
PIP	Project Indicatoren Preventie
PSUR	Periodic Safety Update Report
PUR	Pensioen- en Uitkeringsraad
PVB	persoonsvolgend budget
RAV	Regionale ambulancevoorzieningen
REGBIG	Registratie Wet BIG
RGC	Regionale GGZ Centra

RGD	Rijksgebouwendienst
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIC	RijksInformatiecentrum
RIKILT	RijksKwaliteitsinstituut voor land- en tuinbouwproducten
RINIS	RouteringsInstituut (Inter)Nationale Informatie Stromen
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RIVM/VTV	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/ Volksgezondheid Toekomstverkenning
RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
RMS	Reference Member State
RP/CP	Regionale Patiënten/Consumenten Platforms
RPB	Ruimtelijk Planbureau
RSU	Regeling specifieke uitkering
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RvS	Raad van State
RVV	Rijksdienst voor de Keuring van Vee en Vlees
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RWT	Rechtspersonen met een wettelijke taak
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SBA	Stichting Bedrijfsfonds Apotheken
SBO	Stichting Burger-Oorlogsgetroffenen
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SCR	Sociaal en Cultureel Rapport
segv	sociaal-economische gezondheidsverschillen
SEH	spoedeisende hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SG	Secetaris-Generaal
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SIR	Stevenshof Institute of pharmacy practice Research
soa	seksueel overdraagbare aandoeningen
SoFoKles	Sociaal Fonds voor de kennisector
SOHO	Stichting Sociale Honden voor Gehandicapten Nederland
SOM	Samenwerkende Organisaties voor Maatschappelijk Activeringswerk
SOVAM	Stichting Ontwikkeling Vakopleiding Ambulance- hulpverlening
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
SRJ	Sectoraal Registratiepunt Jeugdhulpverlening
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
StOEH	Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie
STT	Stichting Toekomstbeeld der Techniek
SUO	Stichting uitvoering omslagregelingen
SVM	Stichting Vrijwilligersmanagement
SVM	Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SVOP	Strategisch Vaccinonderzoekprogramma
SWAB	Stichting Werkgroep Antibioticabeleid
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
THC	Tetrahydrocannabinol
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TRIP	Stichting Transfusie Reacties in Patiënten
TSV	Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk
TTP	Trusted Third Party

TVP	Tijdelijke Vergoedingsregeling Psychotherapie
TVWMD	Tijdelijke verstrekkingswet maatschappelijke dienstverlening
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UvA	Universiteit van Amsterdam
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatienummer
V&V	Verpleging en Verzorging
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
VBTB	Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording
VC	Vaste Commissie
VEBO	Vernieuwing en Beleidsontwikkeling
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Vrouwenopvang
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VTV	Volksgesondheid Toekomst Verkenningen
VVE	Voor- en Vroegschoolse Educatie
V&W	Ministerie van Verkeer en Waterstaat
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
VZ	Verslavingszorg
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheid
WAZ	Wet afbreking zwangerschap
Wbp	Wet Buitengewoon Pensioen 1940–1945
Wbp-z	Wet Buitengewoon Pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
WBO	Wet op het Bevolkingsonderzoek
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WEZ	Wet Exploitatie Zorginstellingen
WGBH/CZ	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
WHO/FAO	World Health Organization/Food and Agriculture Organization
WILL	Welzijnsinformatie Lokaal en Landelijk
WIP	Werkgroep Infectie Preventie
Wiv	Wet buitengewoon pensioen Indisch Verzet
WK CZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
WMO	Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
WOD	Wet op de orgaandonatie
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
Wubo	Wet Uitkeringen Burger-Oorlogsslachtoffers 1940–1945
WUR	Wageningen University and Research Centre
Wuv	Wet Uitkeringen Vervolgingslachtoffers 1940–1945
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WW	Werkeloosheidswet
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
X-S2	Kennisnetwerk Sociaal Beleid
ZBC	Zelfstandige Behandelcentra

ZBO	zelfstandig bestuursorgaan
ZFW	Ziekenfondswet
ZIN	Zorg Identificatie Nummer
ZIN	Zorg in natura
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zon/Mw	ZorgOnderzoek Nederland en Medische Wetenschappen
ZRS	Zorgregistratiesysteem

## TREFWOORDENREGISTER

Alcohol 32, 40, 41, 42, 95, 96, 102, 203, 354, 355  
Arbeidsmarkt 1, 6, 23, 24, 36, 37, 45, 134, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 306, 327, 348, 364, 367  
AWBZ 1, 5, 6, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 29, 33, 44, 47, 61, 65, 66, 68, 91, 92, 93, 94, 96, 100, 102, 104, 106, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 118, 119, 120, 123, 124, 126, 127, 130, 137, 139, 140, 141, 166, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 177, 178, 182, 237, 277, 283, 290, 291, 292, 294, 295, 302, 304, 307, 310, 314, 317, 319, 321, 324, 330, 343, 345, 350, 352, 360, 361, 364  
Benchmark 18, 45, 57, 69, 71, 72, 81, 88, 105, 124, 133, 134, 138, 160, 172, 173, 194, 232, 267, 295  
Betaalbaarheid 4, 11, 13, 19, 60, 61, 72, 74, 167, 176, 253  
Bij Farmacie en Geneeskundige Technologie (Farmatec) gaat het om kwaliteit 253  
Biotechnologie 24, 38, 75, 82, 85, 86, 88, 232, 355, 363, 364  
Bioterrorisme 27  
BKZ 34, 281, 283, 284, 289, 290, 304, 305, 307, 310, 311, 314, 315, 317, 318, 321, 324, 330, 345, 364  
Bloedvoorziening 82, 85, 89, 238  
Brancherapport 56, 69, 102, 123, 124, 164, 198, 199, 264  
Breedtesport 200, 202, 203, 204, 207, 349, 351  
Care 13, 22, 64, 65, 68, 69, 91, 95, 112, 118, 120, 121, 124, 127, 186, 237, 238, 297, 299, 365, 366, 367  
Consumenten 4, 49, 50, 52, 53, 55, 60, 159, 161, 164, 168, 171, 176, 263, 347, 349, 350, 353, 354, 362, 368  
Cure 69, 237, 299  
DBC 18, 37, 66, 67, 69, 71, 72, 79, 92, 94, 108, 309, 310, 317, 365  
Ethiek 26, 151, 158, 238, 364  
Gehandicapten 1, 13, 18, 23, 28, 29, 32, 99, 109, 110, 111, 112, 116, 117, 118, 120, 123, 124, 132, 135, 139, 140, 141, 142, 161, 166, 189, 200, 204, 229, 234, 239, 287, 288, 289, 297, 300, 306, 319, 321, 348, 350, 355, 356, 368, 369  
Gelijke behandeling 29, 30, 110, 116, 117, 122, 353, 356, 369  
Geneesmiddelen 1, 3, 8, 16, 20, 34, 35, 53, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 220, 221, 222, 231, 232, 239, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 253, 255, 256, 265, 284, 285, 287, 289, 295, 297, 298, 303, 314, 315, 347, 355, 357, 360, 363, 364, 365  
GGZ 18, 60, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 237, 317, 365, 367  
Handhaving 40, 41, 51, 53, 96, 174, 183, 221, 354, 355  
Huisartsen 18, 22, 37, 44, 59, 60, 61, 69, 71, 72, 79, 110, 156, 311, 354, 360, 361  
ICT 14, 18, 24, 25, 61, 133, 134, 144, 151, 152, 153, 163, 164, 174, 195, 253, 255, 259, 260, 346, 365, 366  
Indicatiestelling 20, 92, 105, 106, 109, 114, 115, 122, 137, 140, 181, 237, 319, 366  
Infectieziekten 27, 28, 38, 41, 42, 43, 44, 48, 53, 55, 58, 100, 220, 221, 238, 264, 265, 274, 343, 347, 349, 363, 366  
Informatiebeleid 37, 143, 165, 241, 327, 350  
Innovaties 24, 32, 86, 147, 153, 154  
Inspectie 1, 6, 8, 9, 25, 30, 46, 83, 152, 153, 169, 183, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 245, 265, 340, 349, 360, 366  
Integratie 4, 5, 6, 50, 93, 98, 102, 106, 110, 123, 137, 180, 196, 200, 202, 204, 205, 265, 281, 351, 352

Interculturalisatie 98  
 Jeugdagenda 31, 179, 185, 188, 360  
 Jeugdgezondheidszorg 31, 45, 46, 47, 55, 307, 347, 366  
 Jeugdzorg 30, 31, 32, 36, 37, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 224, 225, 226, 227, 254, 258, 317, 334, 340, 348, 358, 359, 364  
 Kwaliteit 1, 4, 9, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 38, 40, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 55, 60, 61, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 93, 94, 96, 97, 98, 100, 105, 107, 113, 114, 118, 120, 121, 122, 124, 132, 133, 136, 137, 138, 140, 143, 147, 151, 152, 153, 154, 155, 160, 161, 162, 164, 165, 167, 169, 172, 176, 180, 181, 182, 183, 184, 190, 193, 194, 195, 196, 198, 201, 203, 209, 210, 212, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 231, 232, 234, 237, 244, 245, 250, 252, 254, 258, 262, 266, 267, 274, 276, 296, 299, 347, 348, 349, 350, 358, 361, 364, 365, 366, 368  
 Leefstijl 11, 28, 31, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 164, 204, 234, 297  
 Letsel Informatie Systeem 57, 366  
 Lokaal 28, 29, 45, 46, 47, 99, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 202, 347, 348, 349, 369  
 Maatschappelijk werk 60, 102, 182, 194, 212, 213, 218, 348, 351  
 Maatschappelijke opvang 1, 14, 30, 90, 97, 98, 101, 102, 103, 182, 189, 289, 348, 355, 360  
 Mantelzorg 30, 32, 130, 131, 132, 134, 137, 138, 365  
 Medisch specialisten 61, 72, 79, 354  
 Mobiele Medische Teams 69, 357  
 Modernisering 1, 19, 72, 104, 107, 118, 124, 161, 163, 164, 168, 219, 343, 347, 350, 360, 361  
 Opleiding 1, 14, 24, 46, 47, 67, 68, 131, 143, 145, 146, 151, 154, 155, 156, 157, 163, 164, 204, 269, 277, 301, 319, 329, 347, 350, 354, 355, 361, 363, 364, 368  
 Orgaandonatie 82, 83, 84, 88, 89, 238, 353, 355, 363, 369  
 Overbruggingszorg 172  
 Overgewicht 27, 38, 39, 40, 41, 42, 46  
 Palliatieve zorg 64  
 Participatie 116, 117, 133, 134, 135, 138, 141, 184, 185, 187, 191, 193, 198, 203, 232, 234, 236, 348, 349, 350  
 Persoonsgebonden 6, 23, 94, 104, 107, 109, 111, 112, 123, 126, 127, 128, 137, 168, 367  
 Premiemiddelen 9, 35, 36, 37, 76, 169, 285, 306, 309, 329, 352  
 Premie 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 20, 33, 36, 39, 44, 56, 60, 61, 65, 67, 68, 70, 72, 76, 77, 79, 80, 81, 85, 87, 90, 92, 93, 96, 100, 101, 102, 105, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 115, 118, 120, 123, 125, 126, 127, 130, 131, 133, 137, 148, 157, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 177, 178, 229, 243, 281, 283, 286, 291, 292, 293, 294, 295, 302, 304, 305, 307, 308, 310, 312, 314, 321, 324, 330, 331, 333, 345  
 Preventie 1, 9, 27, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 84, 90, 91, 98, 100, 102, 135, 153, 184, 185, 186, 188, 196, 200, 202, 203, 204, 232, 263, 264, 287, 289, 306, 311, 317, 334, 340, 347, 348, 349, 353, 354, 357, 363, 367, 369  
 Productveiligheid 49, 51, 52, 53, 55, 347, 349, 364  
 Regionaal 96, 99, 106, 139, 140, 141, 182, 186, 368  
 Risicogroepen 41, 44  
 SARS 27, 42, 48, 222, 368  
 Technologie 1, 11, 61, 74, 82, 83, 87, 151, 152, 154, 157, 165, 220, 222, 233, 239, 265, 289, 295, 297, 347, 365  
 Thuiszorg 23, 47, 60, 64, 118, 126, 131, 132, 137, 168, 174, 300, 324, 365, 366



Toegankelijkheid 4, 11, 13, 20, 45, 55, 60, 69, 76, 77, 82, 92, 97, 116, 117, 136, 172, 184, 187, 206, 221, 237, 347, 348, 349, 356, 361, 366  
Topsport 28, 200, 202, 204, 205, 206, 207, 349  
Transplantaten 74, 82, 87, 347  
Tweede Wereldoorlog 209, 212, 216, 338  
Vaccinatie 41, 42, 43, 44, 45, 48, 58, 221, 236, 238, 262, 274, 275, 299, 307, 308  
Veiligheid 20, 25, 29, 49, 52, 57, 70, 77, 82, 83, 84, 85, 86, 96, 219, 221, 223, 231, 232, 234, 236, 239, 244, 245, 250, 262, 263, 264, 268, 299, 347, 365  
Vergrijzing 11, 12, 13, 14, 35, 51, 74, 134, 136, 147, 211, 213, 295, 297, 298, 299, 303  
Verslavingszorg 1, 90, 91, 94, 95, 96, 98, 101, 102, 103, 182, 189, 287, 289, 348, 351, 369  
Verzekeringsstelsel 167, 168, 173  
Verzorging 1, 23, 64, 66, 125, 126, 127, 128, 133, 137, 138, 156, 161, 166, 168, 184, 189, 191, 287, 288, 289, 297, 299, 324, 348, 352, 366, 369  
Voedselveiligheid 47, 49, 51, 262, 366  
Vraagsturing 20, 104, 113, 123, 124, 166, 168  
Vrijwilligerswerk 32, 134, 190, 191, 192, 199, 200, 367, 368  
Waarborgen 28, 48, 74, 75, 82, 84, 96, 100, 104, 115, 139, 152, 180, 182, 183, 186, 210, 348  
Wachttijden 11, 21, 22, 23, 62, 63, 64, 83, 93, 94, 111, 112, 126, 131, 140, 153, 154, 295, 296, 299, 300  
Welzijnsnota 9, 10, 29, 187, 189, 203, 360  
Ziekteverzuim 24, 34, 143, 145, 146, 284, 306, 346  
Zorgaanbieder 4, 5, 13, 19, 43, 45, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 72, 76, 92, 105, 106, 108, 112, 113, 115, 127, 129, 132, 133, 151, 153, 154, 159, 160, 161, 165, 168, 170, 171, 173, 181, 183, 300, 301, 358  
Zorgverzekeraars 4, 5, 20, 43, 45, 60, 63, 66, 67, 68, 69, 76, 77, 79, 86, 88, 113, 114, 115, 124, 151, 152, 159, 160, 161, 162, 165, 167, 168, 169, 172, 173, 362, 370  
Zorgverzekeringen 1, 6, 61, 65, 68, 78, 94, 107, 112, 113, 118, 127, 131, 134, 154, 166, 167, 168, 169, 172, 175, 176, 287, 289, 294, 350, 365