
Vergaderjaar 2004–2005

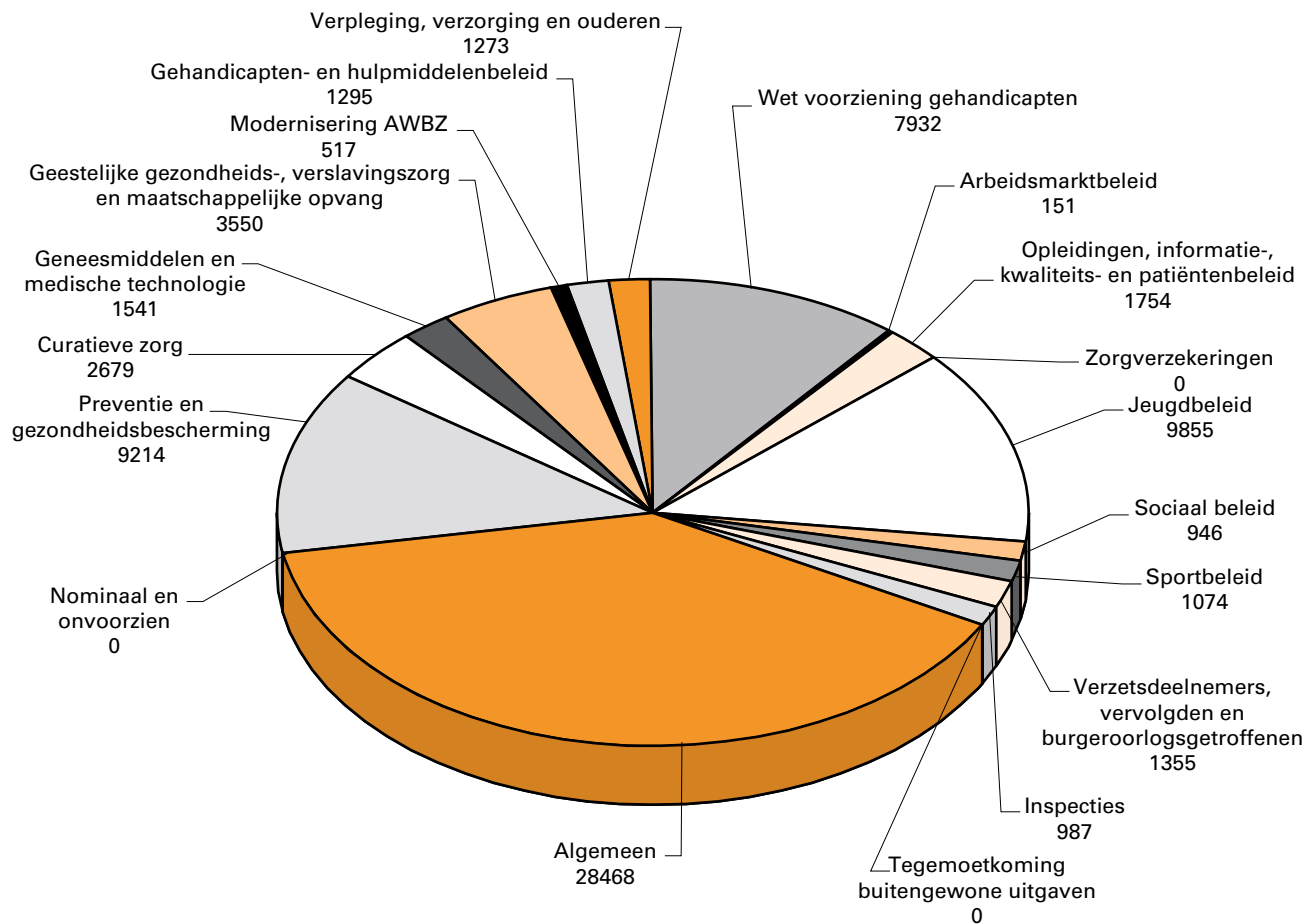
30 100 XVI

**Jaarverslag en slotwet ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2004**

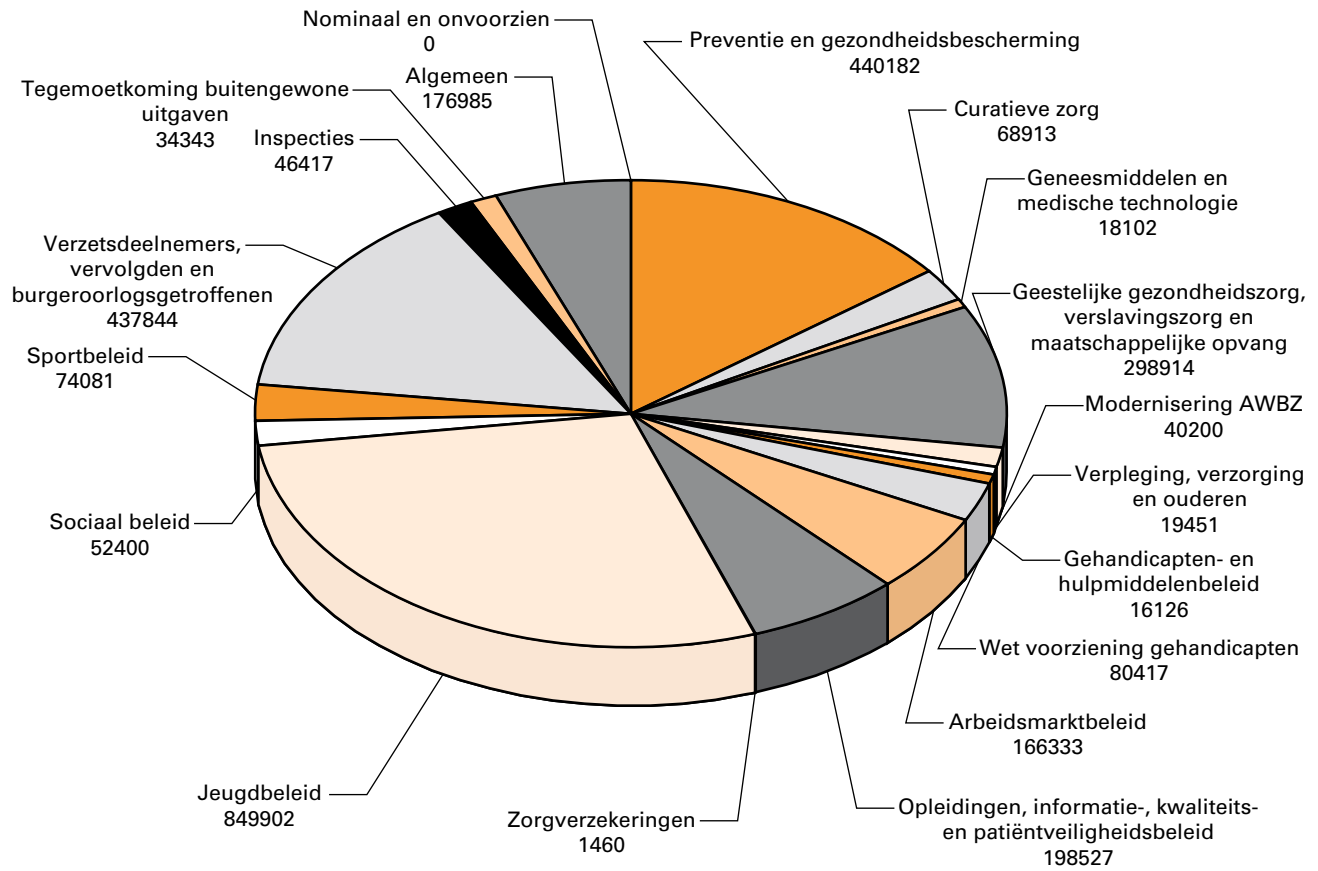
Nr. 1

**JAARVERSLAG VAN HET MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT (XVI)**
Aangeboden 18 mei 2005

Ontvangsten (bedragen x€1 000)



Uitgaven exclusief Rijksbijdragen Volksgezondheid ad € 8 422 162 (bedragen x € 1 000)



Inhoudsopgave	blz.
A. Algemeen	6
B. Beleidsverslag	12
Beleidsprioriteiten	12
Beleidsartikel 21: Preventie en gezondheidsbescherming	25
Beleidsartikel 22: Curatieve zorg	40
Beleidsartikel 23: Geneesmiddelen en Medische Technologie	51
Beleidsartikel 24: Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	58
Beleidsartikel 25: Modernisering AWBZ	70
Beleidsartikel 26: Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid	75
Beleidsartikel 27: Verpleging, Verzorging en Ouderen	86
Beleidsartikel 28: Wet voorzieningen gehandicapten	95
Beleidsartikel 29: Arbeidsmarktbeleid	98
Beleidsartikel 30: Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenbeleid	102
Beleidsartikel 31: Zorgverzekeringen	111
Beleidsartikel 32: Rijksbijdragen Volksgezondheid	121
Beleidsartikel 33: Jeugdbeleid	123
Beleidsartikel 34: Sociaal beleid	131
Beleidsartikel 35: Sport	137
Beleidsartikel 36: Verzetsdeelnemers, vervolgd en burgeroorlogsgetroffenen	142
Beleidsartikel 37: Inspecties	149
Beleidsartikel 38: Tegemoetkoming buitengewone uitgaven	156
Niet-beleidsartikel 98: Algemeen	158
Niet-Beleidsartikel 99: Nominaal en onvoorzien	165
Bedrijfsvoeringsparagraaf	167
C. Verkorte Jaarrekening	169
D. Bijlagen	187
1. Financieel Beeld Zorg	187
2. Bevindingen Algemene Rekenkamer 2003	204
3. Bijlage ZBO's en RWT's	206
4. Afkortingenlijst	207
5. Trefwoordenregister	214

A. ALGEMEEN

Voorwoord

In navolging van de intergratie van de Zorgnota in de begroting 2004 is in het jaarverslag 2004 nu ook het Jaarbeeld Zorg geïntegreerd. Met het jaarverslag 2004 geven wij, de staatssecretaris van VWS en ondergetekende, inzicht in de prestaties en resultaten die zijn bereikt met het beleid dat we in 2004 hebben gevoerd.

In dit jaarverslag vragen wij uw bijzondere aandacht voor de paragraaf «Beleidsprioriteiten», die ingaat op de belangrijkste beleidsthema's van het afgelopen jaar op het terrein van de volksgezondheid, welzijn en sport. Ambitieuze plannen voor 2004 zijn ook daadwerkelijk gerealiseerd. Om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit in de toekomst in de zorg veilig te stellen, zijn er fundamenten voor een nieuw zorgstelsel neergelegd met een nieuwe en heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen burgers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid. Voor een betaalbare zorg op de korte termijn zijn convenanten met aanbieders en verzekeraars afgesloten en zijn pakketmaatregelen noodzakelijk gebleken. Daar waar het gaat om gezond worden en gezond blijven hebben we de eigen verantwoordelijkheid van de burger gestimuleerd en is met de voorbereiding van de Wet op de Jeugdzorg ingezet op een forse versterking van de jeugdzorg. Tot slot willen we het succesvolle EU-voorzitterschap noemen, bij diverse dossiers is belangrijke voortgang geboekt en zijn thema's geagendeerd, die normaal niet in de EU-verband worden besproken.

Met belangstelling zien wij uit naar uw reactie op de inhoud van dit jaarverslag over de uitvoering van het beleid in 2004.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H. Hoogervorst

Dechargeverlening

Verzoek tot dechargeverlening van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitters van de Eerste en de Tweede Kamer van de Staten-Generaal.

Onder verwijzing naar de artikelen 63 en 64 van de Comptabiliteitswet 2001 verzoek ik de beide Kamers van de Staten-Generaal de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport decharge te verlenen over het in het jaar 2004 gevoerde financiële beheer met betrekking tot de uitvoering van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ten behoeve van de oordeelsvorming van de Staten-Generaal over dit verzoek tot dechargeverlening is door de Algemene Rekenkamer als externe controleur op grond van artikel 82 van de Comptabiliteitswet 2001 een rapport opgesteld van haar bevindingen en haar oordeel met betrekking tot:

- het gevoerde financieel en materieel beheer;
- de ten behoeve van dat beheer bijgehouden administraties;
- de financiële informatie in de jaarverslagen;
- de departementale saldibalansen;
- de totstandkoming van de informatie over het gevoerde beleid en de bedrijfsvoering;
- de in het jaarverslag opgenomen informatie over het gevoerde beleid en de
- bedrijfsvoering;

van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit rapport wordt separaat door de Algemene Rekenkamer aan de Staten-Generaal aangeboden.

Bij het besluit tot dechargeverlening dienen, naast het onderhavige jaarverslag en het hierboven genoemde rapport van de Algemene Rekenkamer, de volgende, wettelijk voorgeschreven, stukken te worden betrokken:

- Het Financieel jaarverslag van het Rijk over 2004; dit jaarverslag wordt separaat aangeboden.
- De slotwet van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het jaar 2004; de slotwet is als afzonderlijk kamerstuk gepubliceerd.
- Het besluit tot dechargeverlening kan niet worden genomen, voordat de betrokken slotwet is aangenomen.
- Het rapport van de Algemene Rekenkamer over het jaar 2004 met betrekking tot de onderzoeken, bedoeld in artikel 83 van de Comptabiliteitswet 2001. Dit rapport, dat betrekking heeft op het onderzoek van de centrale administratie van 's Rijks schatkist en van het Financieel jaarverslag van het rijk, wordt separaat door de Algemene Rekenkamer aangeboden.
- De verklaring van goedkeuring van de Algemene Rekenkamer met betrekking tot de in het Financieel jaarverslag van het Rijk over 2004 opgenomen rekening van uitgaven en ontvangsten van het Rijk over 2004 alsmede met betrekking tot de Saldibalans van het Rijk over 2004 (de verklaring van goedkeuring, bedoeld in artikel 83, derde lid, van de Comptabiliteitswet 2001).

Het besluit tot dechargeverlening kan niet worden genomen, voordat de verklaring van goedkeuring van de Algemene Rekenkamer is ontvangen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H. Hoogervorst

mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C.I.J.M. Ross-van Dorp

LEESWIJZER

In het jaarverslag 2004 verantwoorden wij het beleid van het ministerie van VWS, zoals dat in de begroting 2004 is aangekondigd.

Het jaarverslag 2004 is geschreven volgens de rijksbegrotingsvoorschriften. Het jaarverslag bevat drie onderdelen: Algemeen, Beleidsverslag en Jaarrekening. Onder «Algemeen» vindt u het voorwoord, het verzoek tot dechargeverlening en deze leeswijzer. Het Beleidsverslag is opgebouwd uit de Beleidsprioriteiten 2004, de toelichting op de beleidsartikelen en niet-beleidsartikelen en de bedrijfsvoeringsparagraaf. Het onderdeel Jaarrekening bevat de verantwoordingsstaten van het ministerie en van de baten-lastendiensten, de saldibalans en de paragraaf over de baten-lastendiensten. Tot slot behoren er enkele bijlagen bij dit jaarverslag.

Voor het jaarverslag 2004 zijn de volgende zaken van belang:

- wijzigingen als gevolg van de rijksbrede VBTB-evaluatie;
- de integratie van het Jaarbeeld Zorg in het jaarverslag 2004;
- de opbouw van de (niet-)beleidsartikelen;
- de indicatie van de betrouwbaarheid bij bronvermeldingen;
- de kwaliteit van de totstandkoming van premie-uitgaven.

Wijzigingen als gevolg van de rijksbrede VBTB-evaluatie

De minister van Financiën doet in zijn brief aan de Tweede Kamer (BZ 2004–1055 M) voorstellen om de toegankelijkheid en leesbaarheid van begroting en jaarverslag te vergroten. De belangrijkste consequentie hiervan voor het VWS-jaarverslag 2004 is een forse reductie van het jaarverslag (ten opzichte van de begroting 2004) door:

- een beperking van de omvang van de (niet-)beleidsartikelen door slechts de opmerkelijke verschillen tussen hetgeen beoogd is en wat werkelijk gerealiseerd is toe te lichten.
- een beperking in de omvang van de paragraaf over de baten-lastendiensten.
- het niet meer opnemen van de verdiepingsbijlage.

Wijzigingen als gevolg van de integratie van het Jaarbeeld Zorg in het jaarverslag 2004

In de begroting 2004 is voor de eerste keer de Zorgnota geïntegreerd. In het jaarverslag 2004 zijn daarom nu ook de premie-uitgaven opgenomen. De structuur van de artikelen komt in hoofdlijnen overeen met de structuur in de begroting 2004.

Er is een belangrijk verschil tussen de begrotings- en de premie-uitgaven. Bij de begrotingsuitgaven zijn we zelf belast met de uitvoering en voeren we zelf het beheer over de bij de begroting beschikbaar gestelde middelen. Alle verplichtingen worden aangegaan en alle uitgaven worden gedaan door of namens ons. De premie-uitgaven daarentegen zijn de kosten van verleende zorg in het 1e en 2^e compartiment. Deze kosten worden betaald binnen privaatrechtelijke verhoudingen tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het verzoek tot déchargeverlening heeft dan ook alleen betrekking op de begrotingsuitgaven.

Met het opnemen van de premie-uitgaven in het Jaarverslag wordt geen verantwoording over de (uitkomst van het toezicht op de) rechtmatige uitvoering van de wettelijke zorgverzekeringen gegeven, maar een beleidsmatige verantwoording over alle zorguitgaven die tot het Budgettair Kader Zorg gerekend worden. Voor het toezicht op de wettelijke zorgverzekeringen leggen wij op grond van artikel 1x1 Ziekenfondswet apart

verantwoording aan u af. Deze verantwoording ontvangt u naar verwachting in december van dit jaar, namelijk nadat het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) zijn wettelijk geregelde rechtmatigheidsonderzoek heeft afgerond.

De cijfers in het Jaarverslag over de premie-uitgaven zijn verzameld bij een aantal gegevensleveranciers, zoals het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en VEKTIS. Over het algemeen hebben de cijfers – vanwege de vroegtijdige levering in het jaar – nog een voorlopig karakter. Eventuele wijzigingen worden altijd betrokken bij budgettaire besluitvorming.

De tabellen met premie-uitgaven in de beleidsartikelen 21 t/m 27 en 31 laten de ontwikkeling van de premie-uitgaven in de jaren 2002 tot en met 2004 zien. Deze wordt verklaard, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in nominaal (mutaties als gevolg van loon- en prijsontwikkelingen), volume (mutaties in de reële omvang van de uitgaven) en technisch/statistische mutaties zoals herschikkingen tussen sectoren en verschuivingen tussen verschillende budgettaire budgetdisciplinesectoren. Vervolgens wordt een toelichting gegeven op het verschil tussen de raming van de premie-uitgaven in de begroting 2004 en de voorlopige realisatie van deze uitgaven in 2004, eveneens onderscheiden naar nominaal, volume en technisch/statistisch.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de totale uitgaven en financiering van de zorg in Nederland is in de bijlage een «Financieel Beeld Zorg» opgenomen.

Deze bijlage geeft op hoofdlijnen een toelichting op de financiële kerncijfers over 2004 (voorlopige realisaties) en 2003 (definitieve realisaties). Hierbij gaan we in op de ontwikkeling van de totale zorguitgaven, eventuele aanpassingen van het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) en confronteren we de netto-BKZ-uitgaven en het BKZ. Vervolgens presenteren we de financiering van de zorguitgaven voor de jaren 2003 en 2004 en geven we inzicht in de ontwikkelingen in de vermogenspositie van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten en de Algemene Kas Ziekenfondswet.

Opbouw (niet-)beleidsartikelen

De opbouw van de (niet-)beleidsartikelen is in hoofdlijnen vergelijkbaar met de opbouw van de artikelen uit de begroting 2004, maar kent naar aanleiding van de eerder genoemde rijksbrede VBTB-evaluatie wel enkele wijzigingen. Elk artikel bevat een algemene beleidsdoelstelling die concreet gemaakt wordt in operationele doelstellingen. Na de algemene beleidsdoelstelling volgt de paragraaf «budgettaire gevolgen van beleid». Deze paragraaf is ten opzichte van de begroting 2004 naar voren gehaald. In deze paragraaf wordt onderscheid gemaakt in een tabel met begrotingsuitgaven en een tabel met premie-uitgaven. Voor beide tabellen geldt dat slechts de *opmerkelijke* verschillen worden toegelicht. Vervolgens volgen de operationele doelstellingen. Per operationele doelstelling wordt aangegeven in hoeverre de beoogde effecten, prestaties en resultaten in 2004 daadwerkelijk zijn gerealiseerd en er wordt slechts een toelichting gegeven op de *opmerkelijke* verschillen. Hierin zijn ook de ingezette instrumenten opgenomen. Derhalve ontbreekt, zoals in de begroting 2004 opgenomen, het onderdeel «Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling».

De opbouw van het niet-beleidsartikel «Nominaal en onvoorzien» wijkt van deze indeling af door het technische karakter.

Evenals in de begroting 2004 wijkt de presentatie van de begrotingstabel

in de paragraaf «budgettaire gevolgen van beleid» af van de rijksbegrotingsvoorschriften. Dit is overeen gekomen met de minister van Financiën. Bij 2^e suppletore wet is er een wijziging gemeld in de structuur van de beleidsartikelen 30 (Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenbeleid) en 31 (Zorgverzekeringen). In het jaarverslag 2004 vindt de financiële verantwoording van de onderdelen c en d van de operationele doelstelling 31.2.2 (De inzet van instrumenten leidt tot een redelijke prijs van de zorgverzekering) en van onderdeel d (voorzover deze niet het algemene kasdeel betreft) van paragraaf 31.2.3 (De zorgverzekering wordt goed uitgevoerd) plaats onder beleidsartikel 30. De beleidsmatige verantwoording is wel opgenomen in artikel 31.

Indicatie betrouwbaarheid bij bronvermeldingen prestatiegegevens

Bij de bronvermeldingen in het jaarverslag zijn zogenoemde CIPI-coderingen (Code Indeling Prestatie-Indicator) opgenomen voor de prestatiegegevens. Deze code geeft een indicatie van de kwaliteit en kent drie niveaus:

- Niveau 1 wordt gegeven aan informatie waarvoor in de loop van de jaren een algemeen aanvaardbare norm is gegroeid, zoals financiële begrotings- en verantwoordingscijfers en cijfers van gerenommeerde onderzoeksinstituten;
- Niveau 2 wordt gegeven voor prestatiegegevens waarvoor nog een aantal informatiekundige aspecten verbeterd moet worden (groei-traject);
- Niveau 3 wordt gegeven aan informatie waarbij moeilijk aan de kwaliteitseisen (betrouwbaarheid en/of nauwkeurigheid) kan worden voldaan. Toch gaat het hierbij om belangwekkende informatie.

Kwaliteit van de totstandkoming van de premie-uitgaven

In de bijlage «Financieel Beeld Zorg» is een aparte paragraaf met een toelichting op de kwaliteit van de gebruikte informatiebronnen en de wijze van gegevensverzameling opgenomen.

B. BELEIDSVERSLAG

BELEIDSPRIORITEITEN

1. Introductie

Het jaar 2004 is een keerpunt geweest. Belangrijke stappen zijn gezet in het hervormen van het Nederlandse zorgstelsel. Het zeer ambitieuze wetgevingstraject is nagenoeg ingevuld. Wij hebben de fundamenten voor een nieuw zorgstelsel neergelegd voor het in de toekomst veiligstellen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Daarbij kiezen we ervoor de verantwoordelijkheden daar neer te leggen waar ze horen. Hiervoor is een nieuwe en duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen burgers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid noodzakelijk. Voor de betaalbaarheid van het zorgstelsel op korte termijn zijn afspraken met aanbieders van zorg en verzekeraars in convenanten vastgelegd om doelmatiger te werken (in curatieve zorg en AWBZ) en minder uit te geven aan geneesmiddelen. Daarnaast bleek het onvermijdelijk aanvullende pakketmaatregelen te treffen.

2. Nieuwe fundamenten van het zorgstelsel

Het kabinet heeft voor de houdbaarheid van het zorgstelsel op lange termijn structurele hervormingen aangekondigd. Het parlement heeft ingestemd met een ambitieus wetgevingstraject ter voorbereiding op de verandering in het zorgstelsel. In april 2004 hebben wij met de Tweede Kamer op hoofdlijnen gesproken over het vernieuwen van het zorgstelsel. Vervolgens heeft het parlement een aantal wetsvoorstellen in behandeling genomen:

- De Wet Herziening Overeenkomstenstelsel en de WTG-ExPres zijn aangenomen. Dit legt een wettelijke basis voor het invoeren van prestatiebekostiging in de ziekenhuizen en het meer vrijlaten van de prijzen bij vrije beroepsbeoefenaren.
- De Wet Toelating Zorginstellingen is door de Tweede Kamer aangenomen. Dit wetsvoorstel zorgt voor minder regels bij het toelaten, plannen en bouwen van instellingen. Tevens biedt het de mogelijkheid om categorieën van zorgaanbieders aan te wijzen die winst mogen maken. De wet is tevens de basis voor grotere transparantie in de zorg en regels voor beter bestuur (good governance).

Effectief toezicht is een onderdeel van het nieuwe stelsel dat gereguleerde marktwerking centraal stelt. Het kabinet heeft besloten de prijsregulering, het toezicht op de marktwerking en het toezicht op de uitvoering van de zorgverzekering onder te brengen bij één speciale toezichthouder voor de zorg: De Nederlandse Zorgautoriteit. Deze is per 1 januari 2004 als organisatie-in-oprichting onder de naam CTG/ZAIo begonnen. De Zorgautoriteit krijgt een wettelijke basis in de Wet marktordening zorg. Dit wetsvoorstel gaat waarschijnlijk begin 2005 naar de Tweede Kamer.

Zorgverzekeringswet aangenomen door Tweede Kamer

Het hoofdlijnenakkoord van dit kabinet bepaalt dat op 1 januari 2006 voor de hele bevolking een verplichte verzekering voor de curatieve zorg wordt ingevoerd. De Zorgverzekeringswet leidt straks tot één verzekeraar waarvoor de overheid het basispakket bepaalt en waarbij een verzekeraar iedereen moet accepteren. De Wet op de Zorgtoeslag waarborgt de inkomenssolidariteit door mensen te compenseren die in relatie tot hun

inkomen te veel geld aan zorg kwijt zijn. De Tweede Kamer heeft eind 2004 het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en het wetsvoorstel Wet op de Zorgtoeslag aangenomen.

Invoering diagnose-behandelingscombinaties voorbereid

Op 1 januari 2005 is als onderdeel van de structurele hervormingen van het zorgstelsel bij de ziekenhuizen het systeem van diagnose-behandelingscombinaties (dbc's) van start gegaan. Dit maakt vrije prijsonderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen mogelijk. In 2004 is veel aandacht gegeven aan het klaarstomen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor het invoeren van de dbc's in 2005. Daarnaast is verder gewerkt aan het ontwikkelen van dbc's in de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Het wijzigen van wetten en regisseren van de invoering in het veld hebben centraal gestaan. Belangrijke resultaten zijn geboekt, zoals: het aanpassen van de registratie- en declaratiesystemen in ziekenhuizen en het opzetten van een centrale databank met dbc-gegevens.

Voor het onderhoud van de dbc-productstructuur is de private stichting DBC-Onderhoud opgericht. Ook de publieke component van het onderhoud, waaronder het onderhoud van het verzekerde pakket, door CTG/ZAio en CVZ is van de grond gekomen.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: modernisering en houdbaarheid

Ook (het systeem van) de AWBZ moest aangepast worden om deze wet betaalbaar en toegankelijk te houden. Zorgkantoren hebben een sterkere onderhandelingspositie gekregen en dit komt de doelmatigheid van de AWBZ-zorg ten goede. Verzekeraars zijn niet meer verplicht elke instelling te contracteren: de zogenoemde contracteerplicht voor de extramurale zorg is vervallen. Zorgkantoren kunnen matig functionerende zorgaanbieders daardoor mijden. Ook mogen zorgkantoren met aanbieders van extramurale zorg onderhandelen over tarieven. De AWBZ-zorg is onderverdeeld in functies waarbij over het tarief te onderhandelen is.

Daarnaast zijn stappen gezet voor een doelmatiger indicatiestelling in de AWBZ. De indicatiestelling wordt vanaf 1 januari 2005 niet langer aan individuele gemeenten overgelaten maar gaat centraal worden geregeld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ heeft in 2004 ter voorbereiding hierop de nieuwe organisatie op poten gezet en gemeentelijke indicatieorganen geholpen bij het terugdringen van achterstanden in het indiceren. De doelmatigheid wordt verder vergroot met behulp van werkdocumenten en standaard indicatieprocedures.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning in voorbereiding

Samenhangend lokaal beleid om «meedoen» mogelijk te maken, uitgevoerd dicht bij de burger door een daarvoor goed toegeruste gemeente. Dit is het eindperspectief van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het kabinet heeft zijn visie op de toekomstige WMO in april in een brief aan de Kamer gezonden. Gemeenten worden met de WMO verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning. Het sturingsconcept van dit wetsvoorstel is kort samen te vatten als: «Regel het lokaal, horizontaal». Dit betekent dat gemeenten horizontaal, dus aan de burgers van hun gemeente, verantwoordelijkheid afleggen over het te voeren beleid. Met de aanvaarding van de motie-Vietsch heeft de Tweede Kamer aangegeven

groot belang te hechten aan een stapsgewijze invoering. Hiervoor zijn de voorbereidingen voor een zorgvuldig implementatietraject in 2004 gestart. Het wetsvoorstel gaat waarschijnlijk in de eerste helft van 2005 naar de Tweede Kamer.

Gemeenten hebben ook op het gebied van de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang een belangrijke rol. Dit staat in de eerste voortgangsrapportage die wij over de uitvoering van het kabinetsstandpunt op het interdepartementaal beleidsonderzoek maatschappelijke opvang naar de Tweede Kamer hebben gestuurd. Met gemeenten zijn (prestatie)afspraken gemaakt om mensen korter gebruik te laten maken van de maatschappelijke opvang en over het uitbreiden van landelijk toegankelijke plaatsen in de vrouwenopvangvoorzieningen. Wij hebben extra geld uitgetrokken voor de tijdelijke stimuleringsregeling advies- en steunpunten huiselijk geweld in gemeenten. Ook is een uniforme registratieregeling voor klanten van de maatschappelijke opvang gerealiseerd. Zowel lokaal als landelijk kan daarmee een betrouwbaar beeld ontstaan over de omvang en aard van de problematiek in deze sector.

3. Betaalbare zorg

Betaalbaarheid op de korte termijn

Wij hebben in 2004 een dringend beroep gedaan op zorgaanbieders en verzekeraars om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. Dit leidde onder meer tot drie belangrijke convenanten met «het veld»: in de curatieve zorg, de care (AWBZ) en voor de geneesmiddelen.

Ziekenhuizen, verzekeraars en VWS hebben een convenant gesloten met (centrale) afspraken over doelmatigheidswinst. Meer doelmatigheid moet ook volgen uit de vrije onderhandelingen die tussen verzekeraars en ziekenhuizen gaan plaatsvinden. Meer doelmatigheid betekent dat, binnen het bestaande budgettaire kader, meer mensen geholpen kunnen worden (meer productie) en mensen minder lang hoeven te wachten. Gemiddeld wachtten mensen in 2004 minder dan vijf weken op ziekenhuiszorg. De gemiddelde wachttijden zijn hiermee ruim twee weken korter dan de norm van zeven weken toegangstijd tot kliniek en dagverpleging die het veld zelf heeft vastgesteld (Treeknormen).

Instellingen en beroepsbeoefenaren in de curatieve zorg hebben in 2004 meer zorg geleverd dan in 2003. Zo hebben de algemene ziekenhuizen ongeveer 2,2 procent meer klinische opnamen gehad en ruim vier procent meer dagopnamen; het aantal polikliniekbezoeken is met twee procent toegenomen. De universitair medische centra telden in 2004 bijna een procent meer klinische opnamen en ruim drie procent meer dagopnamen.

Voor het verminderen van de wachttijden bij ziekten met levensbedreigende risico's zijn er in het kader van de inhaalslag radiotherapie, ongeveer 15 nieuwe bestralingsbunkers bij gekomen (schatting College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen). Het totale aantal bestralingsbunkers wordt daarmee geschat op 107. Er is sprake van een duidelijke toename; in 2001 waren er 76 bestralingsbunkers. Ook het aantal opleidingsplaatsen radiotherapie is in het kader van de inhaalslag vergroot. In 2004 zijn zes extra opleidingsplaatsen gerealiseerd, tot in totaal 76 opleidingsplaatsen. In totaal zijn 40 opleidingsplaatsen voor klinisch fysici gerealiseerd.

De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven was in het voorjaar van 2004 voor het kabinet aanleiding om beheersmaatregelen te nemen. Per 1 april is

daarom besloten het uitgavenniveau in 2004 te beheersen. Aanbieders van AWBZ-zorg en zorgkantoren mogen in 2004 in principe geen aanvullende productieafspraken maken boven het niveau van de reeds goedgekeurde productieafspraken per 1 maart 2004. Zorgkantoren hebben vervolgens door herschikking van financiële ruimte allerlei knelpunten in hun regio's zelf kunnen opvangen. Daarnaast hebben wij in het najaar extra middelen beschikbaar gesteld voor de oplossing van knelpunten in de AWBZ-zorg.

In de zomer van 2004 hebben de zorgaanbieders in de AWBZ met ons een convenant afgesloten dat bepaalt dat de kosten van de AWBZ in 2005, 2006 en 2007 binnen het door het kabinet vastgestelde budget (macrokader) blijven. Ook is afgesproken dat de zorgaanbieders jaarlijks 1,25 procent doelmatigheidswinst boeken. Het kabinet wil met dit convenant voorkomen dat het steeds weer moet bezuinigen om kostenoverschrijdingen te compenseren. Omdat de sector heeft beloofd doelmatiger te gaan werken, kan de «productie» in de AWBZ binnen het bestaande budgettaire kader de komende jaren verder omhoog en kunnen meer mensen worden geholpen. Het extra geld heeft in AWBZ-sector geleid tot meer zorg- en dienstverlening. Dit vertaalde zich in kortere wachtlijsten in verschillende sectoren. Zo stonden eind 2004 ongeveer 3 500 minder mensen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen op de wachtlijst dan het jaar ervoor. Positief is ook dat de wachttijden voor personen die in 2004 zorg hebben ontvangen wederom laag zijn. Ook in de sector verpleging en verzorging zijn de wachtlijsten verder gedaald. Op 1 januari 2005 stonden ongeveer 49 400 personen op de wachtlijst. Dat waren er circa 4 700 personen minder dan ruim een jaar daarvoor (op 1 oktober 2003), een daling van negen procent. In de geestelijke gezondheidszorg is de wachttijd in 2004 gedaald tot gemiddeld 37 weken op 1 januari 2005. Dit is zeven weken korter dan op 1 januari 2004. Het aantal mensen dat wacht op zorg is echter gestegen. Op 1 januari 2005 stonden bij instellingen 77 400 cliënten op de wachtlijst, terwijl dat er op 1 januari 2004 66 300 waren. We onderzoeken in 2005 hoe dat komt.

Het geneesmiddelenconvenant heeft als doel de uitgaven aan geneesmiddelen te verlagen. Het convenant verlaagt de inkoopkosten voor geneesmiddelen die apothekers aan patiënten en verzekeraars in rekening mogen brengen. De prijzen van merkloze geneesmiddelen zijn hierdoor gemiddeld 40 procent gedaald. Voor 2005 is een aangescherpt convenant gesloten waaraan ook de fabrikanten van innovatieve geneesmiddelen deelnemen. De opbrengsten van het convenant zullen hoger moeten zijn dan in 2004.

Extra geld ambulances en kleine ziekenhuizen

Vanaf 2004 is € 18 miljoen beschikbaar gesteld voor het uitvoeren van het landelijke referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg. Op 1 januari 2004 is een beschikbaarheidstoeslag ingevoerd voor kleine ziekenhuizen. Daarnaast is meer geld vrijgekomen voor investeringen in medische en andere inventaris van kleine ziekenhuizen. Door deze maatregelen ontvangen kleine ziekenhuizen € 32 miljoen extra. Tien ziekenhuislocaties kunnen hiermee zeven dagen per week, 24 uur per dag de afdeling Spoedeisende Eerste Hulp open houden. Daarnaast kregen 46 ziekenhuizen een ruimer investeringsbudget.

Versterking eerstelijnszorg

Samen met vertegenwoordigers van verschillende brancheorganisaties hebben wij een intentieverklaring ondertekend, waarin gezamenlijke standpunten ten aanzien van de versterking van de eerstelijns gezondheidszorg zijn geformuleerd.

Gezamenlijk gaan we partijen meer aansporen om hun verantwoordelijkheid te nemen en hen aanspreken als zij dat niet of onvoldoende doen. Het ontwikkelde actieprogramma (Programma Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg) dat loopt tot en met 2006 vormt daarvoor de basis.

Ingrijpende maatregelen genomen

Beter kostenbewustzijn helpt bij het maken van een beter afgewogen keuze in het gebruiken van zorg. Het kabinet kiest ervoor ook de burger meer eigen verantwoordelijkheid te geven en heeft daarom het ziekenfondspakket verkleind. Vanaf 2004 is met steun van het parlement een fors pakket aan (bezuinigings)maatregelen genomen. In overleg met de Tweede Kamer is een aantal van die maatregelen afgezwakt omdat ze bepaalde groepen patiënten te hard treffen. Dat betreft de maatregelen voor het zittend ziekenvervoer, psychotherapie en zelfzorggeneesmiddelen.

De voorgenomen *no-claim* (geen beroep op zorg, geld terug) van € 200 in de ziekenfondswet vanaf 2005 is verhoogd naar € 255. Een verhoging van € 50 was nodig omdat de eigen bijdrage voor geneesmiddelen niet doorging. Het bedrag is nadien nog een keer verhoogd met € 5 omdat de kosten van de huisartsenzorg buiten no-claim regeling wordt gehouden.

Om kwetsbare groepen tegemoet te komen is het Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbu) van kracht geworden. Hiermee kunnen mensen met een laag inkomen (waaronder gehandicapten, chronisch zieken en ouderen) een deel van de extra kosten die zij voor zorg moeten maken terugkrijgen. Aan ruim 141 000 personen is door de Belastingdienst in 2004 een tegemoetkoming toegezegd. Om van de regeling gebruik te kunnen maken, moet de doelgroep belastingaangifte doen. Om het doen van belastingaangifte te stimuleren, hebben wij samen met het ministerie van Financiën en de Belastingdienst verschillende projecten en activiteiten uitgevoerd die ook in 2005 doorlopen. Hierbij wordt nauw samengewerkt met belangenorganisaties die hulp bij belastingaangifte bieden.

4. Innovatie, kwaliteit en ICT

Het kabinet doet een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van verzekeraars en zorginstellingen voor meer doelmatigheid, kwaliteit en innovatie. Dit heeft in 2004 geleid tot verschillende initiatieven in de zorg.

Innovatie en kwaliteit

Meerdere initiatieven zijn gestart om innovatie en kwaliteit in de zorg te verbeteren. In het programma *Sneller Beter* voor de curatieve zorg werken wij samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten aan betere kwaliteit, doelmatigheid en innovaties in de ziekenhuiszorg.

Met nagenoeg alle algemene ziekenhuizen is hierover gesproken, kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen (prestatie-indicatoren Inspectie voor de Gezondheidszorg) staat op internet en er is een proef met prestatievergelijking uitgevoerd. Daarnaast zijn acht ziekenhuizen begonnen met een omvangrijk verbeterprogramma dat de komende jaren wordt uitgebreid naar 24 ziekenhuizen.

We hebben deskundige buitenstaanders uit het bedrijfsleven in het kader van Sneller Beter hun licht laten schijnen over aspecten van de zorg: logistiek (TPG-topman Bakker) en patiëntveiligheid (Shell-topman Willems). De aansprekende conclusies hebben geleid tot vele activiteiten in het veld om de aanbevelingen in de praktijk om te zetten.

Incidenten moeten gemeld worden zodat we ervan kunnen leren: dit draagt bij aan een betere veiligheid van patiënten. Er is afgesproken dat er regels worden opgesteld waarmee incidenten beter gemeld kunnen worden zonder dat dit leidt tot ongewenste juridische gevolgen voor de melder.

Voor de sector verpleging en verzorging (care) is een vergelijkbaar actieprogramma *Zorg voor Beter* opgesteld dat in januari 2005 is begonnen. De veiligheid van cliënten staat ook hierin centraal.

Eén van de aanbevelingen uit het rapport-Willems stelt dat de zorg in 2008 moet beschikken over een certificeerbaar veiligheids-managementsysteem. Normen kunnen worden ingezet bij certificering en accreditatie van instellingen en organisaties. Op ons initiatief zijn de partijen in het veld die zijn betrokken bij het opstellen van normen met elkaar in gesprek gegaan over een nauwere samenwerking.

ICT: elektronisch medicatiedossier en burgerservicenummer

Gegevens in de zorg moeten betrouwbaar en doelmatig langs elektronische weg uit te wisselen zijn. Daarom wordt samen met het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) gewerkt aan de invoering van een basisinfrastructuur, waarbij een identificerend stelsel het betrouwbaar verwerken en beheren van gegevens van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk maakt. Het landelijke elektronisch medicatie dossier maakt vanaf 1 januari 2006 gebruik van het nieuwe burgerservicenummer (BSN). De privacy is daarbij gewaarborgd.

5. Werken en opleiden in de zorg

In april hebben wij de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg (MOBG) ingesteld. De stuurgroep heeft een werkplan opgesteld met als belangrijkste actiepunten:

- een nieuwe beroepsstructuur en een orgaan voor de beroepen;
- invoeren van nieuwe medische beroepen en vernieuwen van de specialistenopleiding;
- positioneren van de nieuwe beroepsbeoefenaren, zoals *nurse practitioners* en *physician assistants*;
- taken anders verdelen in het zorgproces, vooral in de eerstelijnszorg;
- invoeren van een nieuwe bekostigingssystematiek voor opleidingen in de gezondheidszorg, het zogenoemde opleidingsfonds;
- het vormen van opleidingsregio's.

De stuurgroep-MOBG voert hiermee het kabinetsbeleid uit voor meer capaciteit en betere kwaliteit van de zorgopleidingen: anders opleiden, korter opleiden en beter benutten van de opleidingscapaciteit.

Om het anders verdelen van taken te stimuleren zijn 250 opleidingsplaatsen beschikbaar gekomen voor *physician assistants* en *nurse practitioners* bij twee vervolgoopleidingen voor mensen uit de zorg die al een HBO-opleiding hebben. Verspreid over verschillende zorgsectoren zijn in totaal 178 *nurse practitioners* en 55 *physician assistants* met deze opleiding begonnen.

6. Kwaliteit van leven: ethische vraagstukken

In 2004 hebben we belangrijke kabinetsstandpunten uitgebracht. Zo is bijvoorbeeld naar aanleiding van het evaluatieonderzoek naar de euthanasiepraktijk een standpunt over de medische besluitvorming aan het einde van het leven naar de Tweede Kamer gestuurd. De voorbereidingen voor het standpunt op het onderzoek naar de positie van de verpleegkundige bij beslissingen rond het levenseinde zijn gestart. Ook is in reactie op de adviezen van de Gezondheidsraad een aantal standpunten uitgebracht, waaronder bijvoorbeeld over anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap. Verder zijn we gestart met de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap.

7. Gezondheidsbevordering en publieke gezondheid

Burgers hebben zelf een belangrijke rol om gezond te zijn en gezond te blijven. Dit voorkomt gezondheidsproblemen die een zwaar beroep doen op de zorg. Het kabinet wil die eigen verantwoordelijkheid van burgers stimuleren.

Percentage rokers gedaald

Op 1 januari 2004 zijn de laatste onderdelen van de gewijzigde Tabakswet in werking getreden. Dit betekent dat de (meeste) werkplekken en het openbaar vervoer rookvrij zijn. Een brede publiekscampagne heeft het invoeren van de rookvrije werkplek ondersteund. Ook is een grootschalige stoppen-met-roken-campagne gevoerd. Per 1 februari is de belasting op tabaksproducten aanzienlijk verhoogd, met € 0,55 per product. De strengere wetgeving heeft ertoe geleid dat rond 1 januari 2004 een recordaantal van een miljoen rokers is gestopt met roken. Eind 2004 hield een kwart dat nog steeds vol. Het percentage rokers van de Nederlandse bevolking is in een jaar gedaald: van 30 procent in 2003 naar 28 procent in 2004.

Overgewicht en gezonde voeding

Samen met het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties gaan wij de strijd aan tegen overgewicht. Om de samenwerking goed te laten verlopen, is in 2004 het «regulier overleg overgewicht» opgezet. Met enkele partijen uit dat overleg is een afsprakenlijst gemaakt, het convenant *terugdringen overgewicht*.

Acties voor gezonde voeding beginnen hun vruchten af te werpen. De *Voedselconsumptiepeiling 2003* laat zien dat Nederlanders voor het eerst binnen de normen voor totale vetinname blijven. Wij eten dus minder vet. Maar we eten nog steeds veel te weinig groenten en fruit: de aanbevolen hoeveelheden worden niet gehaald. Deze trend proberen wij onder meer met het *project schoolfruit* te keren.

Diabeteszorg Beter

In 2004 zijn acties gestart om diabetes beter te voorkomen, tijdig te signaleren en de ziekte minder snel te laten verergeren en complicaties te verminderen bij diabetici. Het programma *diabeteszorg beter* bundelt die acties. Vanuit dit programma is een keten-dbc diabetes ontwikkeld die het kopen van goede diabeteszorg mogelijk moet maken. Verder wordt goede diabeteszorg beter onder de aandacht gebracht bij zorgverleners en burgers.

Minder ongevallen in de privé-sfeer

De doelstelling om het aantal ongevallen in de privé-sfeer dat behandeling op een spoedeisende hulp vereist terug te brengen naar 700 000 in 2006 is al in 2004 gerealiseerd. Gezien de gebleken effectiviteit van het beleid en de naar verwachting nog te realiseren gezondheidswinst, wordt de doelstelling aangescherpt tot 630 000 in 2006.

De burger heeft een eigen rol in het bevorderen van zijn of haar gezondheid, maar de overheid heeft een belangrijke taak bij de publieke gezondheid. In 2004 zijn stappen gezet voor een betere infectieziektebestrijding en crisisbeheersing.

Infectieziektebestrijding versterkt

De infectieziektebestrijding is versterkt door het oprichten van een centrum voor infectieziektebestrijding en het uittrekken van meer geld voor dit onderwerp. Daarnaast hebben het Rijk en de lokale overheid zich beter voorbereid op een eventuele wereldwijde griepaanval. Voor de bestrijding hiervan zijn draaiboeken gemaakt en is een veiligheidsvoorraad antivirale middelen aangeschaft (200 000 kuren). Op basis van een advies van de Gezondheidsraad wordt vanaf 1 januari 2005 in het Rijksvaccinatieprogramma een nieuw kinkhoestvaccin gebruikt voor zuigelingen.

Crisisbeheersing versterkt

Voor betere crisisbeheersing zijn tal van acties ondernomen: training en oefeningen, onderhouden en bijstellen van handboeken en het invoeren van het beleidsplan crisisbeheersing 2004–2007. Daarnaast is gewerkt aan de verdere bestuurlijke en operationele inbedding van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Voor een goede aansluiting bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) is het noodzakelijk dat GGD'en hun schaal ten minste vergroten tot het niveau van de veiligheidsregio's van de GHOR. Dit proces is reeds ingezet.

8. Sport

Bewegingsarmoede bestreden

Op de gebieden sportgezondheid en bewegingsbevordering zijn de voornemens uit de nota Sport, Bewegen en Gezondheid verder uitgevoerd. Er is gestart met het nationaal actieplan ter bestrijding van bewegingsarmoede. Burgers worden tot een gezonde leefstijl gestimuleerd met campagnes over verantwoord eten en bewegen. De landelijke «FLASH»-campagne en de Nationale Gezondheidstest hebben veel aandacht en effect gehad.

Grote interesse voor de breedtesportimpuls

Circa tachtig gemeenten hebben aanvragen ingediend voor de breedtesportimpuls. De laatste projecten uit deze regeling lopen in 2008 af. Eind 2004 is het effect van de breedtesportimpuls opnieuw gemeten. De Kamer wordt hierover in 2005 ingelicht.

Nieuwe stimuleringsregeling, de BOS-impuls

In het najaar is een nieuwe stimuleringsregeling, de BOS-impuls (Buurt, Onderwijs en Sport), gereed gekomen. Deze subsidieregeling helpt en stimuleert gemeenten in het organiseren van samenwerkingsverbanden tussen buurt, onderwijs en sport om achterstanden bij jongeren van 4 tot 19 jaar aan te pakken. Een ondersteuningsnetwerk helpt gemeenten daar inhoudelijk bij. De eerste BOS-projecten beginnen in maart 2005.

Topsport versterkt

In 2004 zijn sportbonden ondersteund bij de begeleiding van topsporters, talentherkenning en het uitvoeren van de subsidieregeling topsportevenementen en -accommodaties. Het Fonds voor de Topsporter heeft van ons € 0,9 miljoen extra gekregen om de vervangende inkomensregeling voor topsporters (stipendiumregeling) voor 2004 en 2005 te kunnen garanderen. Daarnaast is een begin gemaakt met het centraliseren van de sport-medische zorg voor topsporters.

9. Op weg naar een betere jeugdzorg

Wet op de jeugdzorg gereed

De nieuwe Wet op de jeugdzorg geeft provincies meer verantwoordelijkheid bij het organiseren van goede jeugdzorg. In 2004 zijn alle voorbereidende werkzaamheden voor het invoeren van deze wet per 1 januari 2005 uitgevoerd.

Het kabinet heeft in het hoofdlijnenakkoord extra geld uitgetrokken voor het verbeteren van de jeugdzorg, waaronder preventie. Hiermee is licht pedagogische hulp en coördinatie van zorg in de vier grote steden gestimuleerd. Ook is er geld gegaan naar betere begeleiding van gezinnen met meer dan één probleem; gezinscoaching wordt hiervoor gestimuleerd. De verdeling van het extra geld voor het vergroten van het aanbod jeugdzorg is beter gerelateerd aan het aantal jeugdigen in een gebied. Voor een betere kwaliteit van de jeugdzorg zijn onder meer diverse initiatieven gestart voor meer effectiviteit en grotere professionaliteit.

De Taskforce Wachtlijsten Jeugdzorg heeft in oktober 2004 haar eindrapport opgeleverd. Hieruit blijkt dat de jeugdzorg nog steeds aanzienlijke wachttijden en doorlooptijden kent. In de tweede helft van 2003 was de wachttijd gemiddeld 67 dagen. Dit is zes dagen meer dan in de eerste helft van dat jaar. De gemiddelde doorlooptijd bij het Bureau Jeugdzorg was in de tweede helft van 2003 117 werkdagen en bij de Advies en Meldpunten Kindermishandeling 126 werkdagen. De aanpak van de wacht- en doorlooptijden heeft hoge prioriteit en is in de eerste plaats een zaak van provincies en grootstedelijke regio's. Dit is vertaald in het landelijk beleidskader dat in september 2004 aan de Kamer is gestuurd. Het kabinet heeft met de provincies afgesproken dat met het extra geld dat bij het Hoofdlijnenakkoord beschikbaar is gesteld minstens een evenredig aantal jongeren extra wordt geholpen.

De geleverde zorg moet beter geregistreerd worden zodat de financiering daar ook beter bij kan aansluiten en beter vergeleken kan worden wat instellingen te bieden hebben. De verschillende vormen van hulp zijn daarom in 2004 getypeerd in zogenoemde producteenheden. Dit nieuwe systeem wordt in 2005 in een aantal proefprojecten uitgetest. Mede op aandringen van de Eerste Kamer hebben wij de zogenaamde Jeugdzorgbrigade ingesteld om onnodige bureaucratie weg te werken.

Jeugdagenda 2004–2007: Operatie Jong vastgesteld

Het kabinet heeft voor alle departementen een gezamenlijke jeugdagenda opgesteld. Onder de noemer *Operatie Jong* zijn voor twaalf thema's actieplannen gemaakt. Deze plannen hebben allemaal het verbeteren van de samenwerking tussen instanties en overheden gemeen als centrale doelstelling. Het kabinet heeft de concrete de ambities en plannen in het najaar naar de Kamer gestuurd. Kabinet, provincies en gemeenten willen Jong-overeenkomsten sluiten om te komen tot een werkwijze die de jeugdige en het gezin centraal stelt.

10. Nederlands voorzitterschap Europese Unie

Het Nederlands voorzitterschap van de Europese Unie (EU) in de tweede helft van 2004 is succesvol verlopen. Naast bestaande dossiers zijn ook de volgende belangrijke thema's behandeld:

- ziekten die van dieren op mensen kunnen overgaan;
- manieren om, in het licht van de vergrijzing, brede toegang, betaalbaarheid, goede kwaliteit en ruime keuzevrijheid in de zorg te garanderen;
- de noodzaak medicijnen te ontwikkelen waar de volksgezondheid behoefte aan heeft: *priority medicines*;
- beter uitwisselen van informatie over misdrijven van beroepsbeoefenaren (*professional misconduct*) over de landsgrenzen;
- de nieuwe EU-drugsstrategie 2005–2012 die Nederland heeft opgesteld.

Europees Jaar van Opvoeding door Sport succesvol afgerond

Onder het Nederlandse voorzitterschap is een agenda met concrete aandachtspunten voor de komende jaren opgesteld. Die zet enerzijds de maatschappelijke betekenis van sport op de politieke agenda en probeert anderzijds tot internationale afstemming en harmonisatie te komen. De activiteiten in het kader van het Europees Jaar van Opvoeding hebben een verklaring opgeleverd die in Europees verband is opgesteld. De verklaring benadrukt dat dit thema steeds weer beleidsmatig en politiek onder de aandacht gebracht moet worden.

11. Minder regels en administratieve lasten

Regels kunnen doelmatig en efficiënt werken verhinderen. Het kabinet gaat daar iets aan doen en wij spannen ons daarom in om de administratieve lasten voor de partijen in het veld flink te verlagen. De totale administratieve last in de VWS-sectoren is ultimo 2002 vastgesteld op € 3,2 miljard. In het voorjaar van 2004 hebben wij alle wet- en regelgeving bekeken op reductiemogelijkheden. De Tweede Kamer heeft ingestemd met ons eerste plan van aanpak dat hieruit is voortgekomen. Dit moet in deze kabinetsperiode de lasten met € 310 miljoen verlagen. Zo zijn overbodige regels geschrapt bij de bouw van instellingen, zijn machtigingen

voor verblijf in een ziekenhuis geschrapt en is het overeenkomstenstelsel herzien. Dit heeft al geleid tot € 50 miljoen aan minder lasten. In de tweede helft van 2004 is naar nieuwe reductievoorstellen gekeken.

Fraudebestrijding heeft aandacht

De WTG-ExPres bevat een groot aantal maatregelen om fouten, misbruik en oneigenlijk gebruik en fraude door zorgaanbieders tegen te gaan. Het wetsvoorstel dat onder meer fraude van verzekerden met declaraties tegen moet gaan is in 2004 door de Tweede Kamer aangenomen.

12. Uitwerking nieuw subsidiebeleid gestart

Het VWS-subsidiebeleid is met ingang van 2004 gewijzigd. In de loop van het jaar is dit nieuwe beleid doelgericht uitgewerkt. Subsidies aan instellingen (instellingssubsidies) die niet in het nieuwe beleid passen zijn met ingang van 2004 verminderd (met 10–30 procent) of stopgezet.

Vrijwel alle organisaties die een instellingssubsidie ontvingen zijn er in geslaagd hun activiteiten anders te organiseren of andere financieringsbronnen te vinden.

Wij hebben in 2004 onze aanvankelijke voornemens voor 2005 integraal tegen het licht gehouden en goed gekeken naar de projectsubsidies. De uitkomsten van deze heroverweging zijn in begroting 2005 verwerkt en door de Tweede Kamer goedgekeurd.

13. Budgettaire consequenties van de beleidsprioriteiten 2004

De beschreven beleidsprioriteiten zijn ofwel begrotingsgefinancierd of premiegefinancierd. Waar de beleidsprioriteiten begrotingsgefinancierd zijn en waar belangrijke (beleidsmatige) wijzigingen hebben plaatsgevonden, wordt in onderstaande tabel op hoofdlijnen ingegaan op de verschillen tussen de Ontwerpbegroting 2004 en de realisatie (Slotwet 2004).

Tabel 1 Begrotingsgefinancierde beleidsprioriteiten (bedragen x € 1 000)

Beleidsprioriteit	Begroting 2004	Realisatie 2004	Verschil	Toelichting verschil raming – realisatie
1. Middelen onderhoudsorgaan DBC's	454	8 674	8 220	Gezien de dynamiek van het DBC-traject zijn de precieze voornemens pas in een later stadium bepaald. De uitgaven worden onder andere verklaard door de opdracht voor voorbereiding van de invoering van DBC's (€ 2,7 miljoen), de invoering van de subsidie voor de oprichting van het DBC-onderhoudsorgaan (€ 1,4 miljoen) en de ontwikkeling van het DBC informatiesysteem (DIS) (€ 2,5 miljoen). Daarnaast is een groot aantal andere activiteiten verricht ter voorbereiding op de invoering van de DBC's per 1 februari 2005.
2. Wet Maatschappelijke Ondersteuning in voorbereiding	700	259	- 441	Door een toezegging aan de Tweede Kamer om voor de invoering van de WMO geen implementatie-activiteiten te starten voordat overleg met de Kamer heeft plaatsgevonden, is er in 2004 minder uitgegeven.
3. Extra middelen prestatievergelijkingen ziekenhuizen en huisartsen	50	711	661	Ter ondersteuning van het programma Sneller Beter is een website ontwikkeld en is een aantal bijeenkomsten georganiseerd. Daarnaast zijn extra uitgaven gedaan voor de ontwikkeling van een meer op samenwerking gericht bekostigingssysteem van huisartsenzorg, afstemming van ICT-trajecten, benchmark huisartsenzorg en randvoorwaarden om de instroom in het beroep te bevorderen en de vervroegde uitstroom te beperken.
4. Werken en opleiden in de zorg	264 782	292 223	27 441	Het verschil wordt veroorzaakt door een aantal kasverschuivingen (€ 37 miljoen), tegenvallende belangstelling voor de huisartsenopleiding (€ 14 miljoen) en een aantal intensiveringen voor de opleiding tot physician assistant en advanced nurse practitioner en handhaving van het volume van opleidingsplaatsen in ziekenhuizen («schaarsteoffensief»).
5. Gezondheids-bevordering en publieke gezondheid (inclusief extra middelen preventiebeleid)	57 790	54 293	- 3 497	Het verschil betreft het saldo van technische overboekingen naar andere artikelen en een intensivering op het gebied van de infectieziektebestrijding (€ 7,9 miljoen), SOA-preventie en dyslexie (€ 0,5 miljoen). Er zijn minder uitgaven gedaan ten behoeve van rampenbestrijding (€ 2,6 miljoen).

* In deze tabel gaan we alleen in op beleidsprioriteiten die met programmagelden zijn gefinancierd.

Tabel 2 heeft betrekking op de premiegefinancierde beleidsprioriteiten. In deze tabel wordt ingegaan op de verschillen tussen de in de Ontwerp-begroting 2004 opgenomen intensiveringen en ombuigingen en de voorlopige realisatie. Dit betekent dat mutaties die hebben plaatsgevonden bij suppletore wetten in de toelichting op deze tabel zijn meegenomen.

Tabel 2 Premiegefinancierde beleidsprioriteiten (bedragen x € 1 miljoen)

Beleidsprioriteit	Begroting 2004	Realisatie 2004	Vershil	Toelichting verschil raming – realisatie
1. Niet meer vergoeden fysio- en oefentherapie vanaf 18 jaar	- 375,0	- 433,9	- 58,9	Op basis van informatie van het CVZ is bij Eerste Suppletore Wet 2004 de begrote opbrengst met € 100 miljoen verhoogd. Uit realisatiecijfers van het CVZ blijkt, ten opzichte van deze verhoogde raming, een tegenvaller van € 41,1 miljoen.
2. Niet meer vergoeden van de tandarts voor volwassenen	- 200,0	- 166,0	34,0	De lagere opbrengsten worden waarschijnlijk veroorzaakt door een stijging van het aantal implantaten.
3. Niet meer vergoeden van zelfzorggeneesmiddelen	- 115,0	- 84,1	30,9	In 2004 is in eerste instantie besloten zelfzorggeneesmiddelen (buiten WTG) niet meer te vergoeden indien deze korter dan één jaar worden gebruikt. De opbrengst van deze maatregel is geraamd op € 60 miljoen. Tijdens de Algemene Beschouwingen over de Begroting 2004 is aanvullend besloten tot het niet langer vergoeden van zelfzorggeneesmiddelen. De begrote opbrengst kwam hiermee uit op € 115 miljoen. Uit gegevens van het CVZ/SFK blijkt een tegenvaller van € 30,9 miljoen.
4. Verhogen eigen bijdrage intra- en extramurale AWBZ-zorg	180,0	180,0	0,0	Uit de van het CVZ ontvangen gegevens met betrekking tot de geïnde eigen betalingen blijkt een forse tegenvaller (zie ook Bijlage 1 Financieel Beeld Zorg). Aangenomen wordt dat deze tegenvaller niet het gevolg is van tegenvallende opbrengsten van deze maatregel. De maatregel is doorgevoerd via een verhoging van de tarieven van de eigen betalingen en is gerealiseerd.
5. Aanpak wachtlijsten curatieve zorg	302,7	393,5	90,8	Voor de aanpak van de wachtlijsten in de curatieve zorg was ook in het jaar 2004 een fors bedrag aan extra middelen beschikbaar. Dat leidde in 2004 tot een aanzienlijke productiestijging.
6. Aanpak wachtlijsten AWBZ	803,4	1 005,2	201,8	Voor de aanpak van de wachtlijsten in de AWBZ was ook in het jaar 2004 een fors bedrag aan extra middelen beschikbaar. Dat leidde in 2004 tot een aanzienlijke productiestijging.

Ad 5 en 6: De hier gepresenteerde cijfers betreffen de middelen voor extra productie ten opzichte van 2003. In de kolom begroting 2004 zijn de extra middelen voor productie in 2004 afgezet tegen het uitgavenniveau 2003 volgens de begroting 2004. Volgens het jaarverslag 2004 is in 2003 een hoger uitgavenniveau gerealiseerd dan ten tijde van de begroting 2004 werd verwacht. Hiermee is voor € 0,15 miljard extra productie in de curatieve zorg en € 0,25 miljard extra productie in de AWBZ mogelijk gemaakt in 2003. Boven deze hogere uitgaven voor productie in 2003 komt de in deze tabel opgenomen uitgavengroei voor extra productie in 2004.

Beleidsartikel 21: Preventie en gezondheidsbescherming

21.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- Op 1 januari 2004 zijn de laatste onderdelen van de gewijzigde Tabakswet (Stb. 2002, 201) in werking getreden. Rond de jaarwisseling is ook een grootschalige stoppen met roken campagne gevoerd («Nederland start met stoppen»). Voorts is per 1 februari de accijns op tabaksproducten aanzienlijk verhoogd.
- Om met bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties te komen tot samenwerking is het Regulier Overleg Overgewicht gestart en is met enkele partijen uit dat overleg een convenant «terugdringen overgewicht »overeengekomen.
- In 2004 is voor diabetes het programma «Diabeteszorg Beter» opgesteld.
- In maart 2004 hebben we aangekondigd de infectieziektebestrijding te versterken (TK, 22 894, nr. 29, 2003–2004). In oktober 2004 is dit nader uitgewerkt in de vorm van een centrum voor infectieziektebestrijding.
- De voorbereiding op een eventuele griepandemie is serieus opgepakt door zowel het ministerie van VWS als door lokale partijen. Naast ontwikkeling van draaiboeken is er een veiligheidsvoorraad antivirale middelen aangeschaft (200 000 kuren).
- Op basis van een advies van de Gezondheidsraad is besloten om per 2005 te starten met het gebruik van a-cellulair kinkhoestvaccin voor zuigelingen in het Rijksvaccinatieprogramma.
- Om de kwaliteit van de crisisbeheersorganisatie te borgen is in 2004 ingezet op training en oefeningen, het onderhouden en bijstellen van handboeken en de implementatie van het beleidsplan crisisbeheersing 2003–2007. In 2004 is met het ministerie van BZK een standpunt ingenomen op welke manier de GHOR optimaal wordt ingebed in de publieke en preventieve infrastructuur van de GGD'en.
- Eind 2004 is via ZonMw een actieprogramma gestart om de kwaliteit van de collectieve preventie te versterken, vergelijkbaar met het programma «Sneller Beter» dat een impuls geeft aan de kwaliteit van de ziekenhuiszorg.

21.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	224 439	1 197 267	288 971	206 251	82 7 20
Uitgaven	243 210	434 573	440 182	418 699	21 483
<i>Programma-uitgaven</i>	238 025	428 140	433 862	412 797	21 065
Gedraggerichte gezondheidsbevordering	15 428	24 956	16 461	18 312	- 1 851
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>	4 538	5 038	5 038	5 038	0
Voorkoming/opsporing (niet)infectieziekten	42 444	42 015	31 052	29 025	2 027
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>		30 444	21 776	13 372	8 404
Toegankelijkheid en kwaliteit OGZ	21 852	189 906	192 484	189 297	3 187
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>			0	740	- 740
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	17 456	184 698	185 773	176 108	9 665
Coördinatie/nazorg bij crises en rampen	17 612	11 045	6 780	10 453	- 3 673
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>			0	1 100	- 1 100
Consumenten- en productveiligheid	81 221	88 872	86 673	83 778	2 895
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>			79 905	70 376	9 529
Programmering onderzoek/ontwikkeling	59 468	71 346	100 412	81 932	18 480
<i>waarvan bijdrage aan ZBO's</i>	7 143	7 138	6 888	6 870	18
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>			24 602	18 108	6 494
<i>Apparaatsuitgaven</i>	5 185	6 433	6 320	5 902	418
Ontvangsten	28 309	8 783	9 214	8 755	459

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Gedraggerichte gezondheidsbevordering

Verlaging van de uitgavenraming in verband met de overheveling naar de operationele doelstelling Programmering onderzoek en ontwikkeling (- € 2,4 miljoen). Verhoging van de uitgavenraming voor het actieplan overgewicht (€ 0,5 miljoen).

Voorkoming/opsporing (niet)infectieziekten

Hogere uitgaven voor de inkoop van het DaKTP-vaccin (€ 5,5 miljoen) en voor het vernietigen van niet meer bruikbare doses DKTP (€ 1,2 miljoen). Verlaging van de uitgaven in verband met de definitieve budgetherverdeling RIVM (- € 1,3 miljoen). Verhoging van de uitgavenraming voor de aankoop van antivirale middelen (€ 2,4 miljoen). Overheveling naar de premie (- € 0,6 miljoen) voor plan van aanpak dyslexie en de bijdrage SOA-klinieken. Verlaging van de uitgavenraming in verband met de overheveling naar de operationele doelstelling Programmering onderzoek en ontwikkeling (- € 4,3 miljoen). Minder uitgaven in verband met de korting op projectsubsidies (- € 0,4 miljoen) en door een vertraging in het vinden van een geschikte locatie voor de opslag van de pokkenpleisters en het pokkenvaccin (- € 0,6 miljoen).

Toegankelijkheid en kwaliteit OGZ

Hogere uitgaven door de overheveling vanuit de premiemiddelen in verband met de loonbijstelling (€ 6,4 miljoen) op de regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg (Rsu), de Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling Rsu (€ 2,8 miljoen) en eenerschikking voor het project Informatisering JGZ (€ 0,3 miljoen).

Verlaging van de uitgavenraming in verband met de overheveling naar de operationele doelstelling Programmering onderzoek en ontwikkeling (– € 4,0 miljoen) naar het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor de Commissie Het Werkend Perspectief en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (– € 1,7 miljoen).

Lagere uitgaven doordat er minder activiteiten zijn uitgevoerd dan gepland op het terrein van de implementatie van de preventienota (– € 0,6 miljoen).

Coördinatie/nazorg bij crises en rampen

Verlaging van de uitgavenraming in verband met de overheveling naar de operationele doelstelling Programmering onderzoek en ontwikkeling (– € 1,1 miljoen) én de apparaatsuitgaven (– € 0,2 miljoen). Lagere uitgaven door het uitblijven van crises en rampen in de eerste helft van 2004 (– € 2,2 miljoen) én minder uitgaven dan verwacht voor de exploitatie crisisbeheersing (– € 0,2 miljoen) en op het terrein van onderzoek en nazorg bij rampen (– € 0,2 miljoen) opgetreden.

Consumenten- en productveiligheid

Hogere uitgaven door het (nog) niet kostendekkend zijn van tarieven in regelingsafspraken voor controle- of keuringsactiviteiten van de Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees (€ 1,7 miljoen). Daarnaast waren er diverse structurele knelpunten die voornamelijk voortkwamen uit de overdracht in 2003 van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) van VWS naar LNV. Dit betrof onder meer een (structurele) huurcompensatie, een (incidentele) exploitatiebijdrage en een openstaande vordering op VWS (€ 2,5 miljoen). Het bij de begrotingsbehandeling 2004 aangenomen amendement Rouvoet (29 200 XVI nr 49) voor onderzoek naar alternatieven voor dierproeven kon niet geheel worden uitgevoerd, omdat een onderzoeksrond meerder jaren beslaat en de voorbereidingstijd circa een halfjaar vergt. In het licht van dit amendement konden echter wel de kosten van het Nationaal Centrum Alternatieven voor dierproeven (NCA) en het Europese samenwerkingsverband EURCA (de ontwikkeling en stimulatie van het gebruik van alternatieven voor dierproeven in het onderwijs) worden gedekt (– € 0,3 miljoen). Aan het ministerie van LNV is overgeboekt de VWS-bijdrage voor het College ter Beoordeling van Bestrijdingsmiddelen (– € 0,3 miljoen). Verlaging van de uitgavenraming in verband met de overheveling naar de operationele doelstelling Programmering onderzoek en ontwikkeling (– € 0,2 miljoen) en de Gezondheidsraad (– € 0,1 miljoen).

Programmering onderzoek/ontwikkeling

Verhoging via de eindejaarsmarge voor de motie Werner (€ 5 miljoen). Overheveling van gelden naar de centrale budgetten van ZorgOnderzoek Nederland (€ 9,7 miljoen) en van de baten-lastendienst RIVM (€ 6,4 miljoen) in verband met de uitvoering van programma's. Verlaging uitgaven in verband met interne herschikkingen (– € 2,1 miljoen) en versterking van de aansturing van het CVZ (– € 0,3 miljoen). Voorts zijn er minder uitgaven dan verwacht op het terrein van programmering onderzoek/ontwikkeling (– € 0,3 miljoen).

Apparaatsuitgaven

Hogere uitgaven door de overheveling van gelden uit het beleidsbudget voor de materiele kosten van de interne organisatie crisisbeheersing (€ 0,2 miljoen) én de uitbreiding van de GHOR Vitalisering Infrastructuur (€ 0,2 miljoen).

Ontvangsten

Hogere ontvangsten als gevolg van in het verleden te hoog verstrekte subsidievoorschotten (€ 1,8 miljoen) en een bijdrage van KLM NV over 2003 in de kosten van onderzoek en nazorg van de vliegramp Bijlmermeer (€ 0,3 miljoen). Gebleken is dat, door het ontbreken van voldoende historische realisatiegegevens, de ontvangsten uit de door het Bureau Bestuurlijke Boetes opgelegde boetes structureel te hoog zijn geraamd (– € 1,4 miljoen). Lagere ontvangsten als gevolg van de uitplaatsing van de VWA buiten VWS. Hierdoor worden deze huurontvangsten niet meer bij VWS geïnd (– € 0,7 miljoen).

Premie

Bedragen x € 1 miljoen Uitgavenontwikkeling artikel 21

	Uitgaven 2002	volume	nomi- naal	tech- nisch	2003	volume	nomi- naal	tech- nisch	2004
	350,2	– 24,8	8,6	– 120,0	214,0	22,2	1,1	0,0	237,3
Uitsplitsing volumemutatie					2003	2004			
– wachtlijsten/productie					0,8	0,8			
– overig					– 25,6	21,4			
Totaal					– 24,8	22,2			

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2002 en 2003 respectievelijk tussen 2003 en 2004 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen in de verschillende deelsectoren. De volumeontwikkeling in 2003 (–/– € 24,8 miljoen) houdt voornamelijk verband met het wegvallen van incidentele uitgaven in 2002, bijvoorbeeld voor de inhaalcampagne meningokokken C (–/– € 43,9 miljoen) en de introductie van een combinatievaccin DKTP/Hib (–/– € 3,2 miljoen). Daarentegen zorgden met name devaccinatie tegen meningokokken C, hepatitis B en kinkhoest voor 4-jarigen voor hogere uitgaven (€ 11,4 miljoen). Ook zijn de uitgaven voor dieetadvisering verder toegenomen (€ 15,3 miljoen). Daarnaast is ten opzichte van 2002 meer uitgegeven aan subsidies via het CVZ (€ 1,9 miljoen).

De volumeontwikkeling in 2004 (€ 22,2 miljoen) houdt voornamelijk verband met de hogere uitgaven voor dieetadvisering (€ 12,5 miljoen). Ook vielen de uitgaven voor subsidies via het CVZ hoger uit (€ 7,6 miljoen) dan in 2003.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Verschil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Verschil 2004
Preventieve zorg (premie)	184,9	179,8	- 5,1	185,2	190,0	4,8
Ouder- en kindzorg/dieetadvisering	35,6	34,3	- 1,3	24,1	47,4	23,3
Groeiruimte preventie en gezondheidsbescherming	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	- 1,6
TOTAAL	220,4	214,0	- 6,4	210,8	237,3	26,5
Uitsplitsing verschil		Nominaal	- 2,0		Nominaal	0,2
		Volume	- 4,4		Volume	32,4
		Technisch/statistisch	0,0		Technisch/statistisch	- 6,1
		Totaal	- 6,4		Totaal	26,5

Toelichting op de definitieve uitgaven 2003

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2003 sinds het Jaarbeeld Zorg 2003.

De lagere ontwikkeling voor nominaal (-/- € 2,0 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in deze sector. Het lagere volume in 2003 (-/- € 4,4 miljoen) wordt voornamelijk verklaard door meevallers bij de afrekening van de uitgaven voor subsidies (-/- € 2,2 miljoen) en van de uitgaven voor de vaccinatie tegen meningokokken C (-/- € 0,5 miljoen).

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2004

De tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds de Begroting 2004.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 0,2 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in deze sector. Het hogere volume in 2004 (€ 32,4 miljoen) wordt verklaard door de hogere uitgaven voor dieetadvisering (€ 28,3 miljoen) en voor de vaccinatie tegen meningokokken C, hepatitis B en kinkhoest voor 4-jarigen (€ 11,4 miljoen). Daarnaast is sprake van lager dan geraamde uitgaven voor subsidies via het CVZ (-/- € 6,1 miljoen). De technische mutatie (-/- € 6,1 miljoen) is het gevolg van het overboeken van de loon- en prijsbijstelling jeugdgezondheidszorg naar de begroting (-/- € 6,4 miljoen) en het overhevelen van een CVZ-subsidie voor SOA-onderzoek vanuit de begroting (€ 0,3 miljoen).

21.3 Operationele doelstellingen

21.3.1 Gezond gedrag bevorderen: niet roken, meer bewegen, gezond eten, matig drinken en veilig vrijen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Niet-roken: Een vermindering van het aantal rokers in 2004 met 17,5% ten opzichte van 1999 (afname van 34% naar 28%). (TNS NIPO Amsterdam, Kwartaalcijfers 2004 (CIP1 1).	Ja
2. 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.	Ja
3. In 2004 worden de resultaten opgeleverd van de in 2003 te starten evaluatie van het tabaksontmoedigings- en alcoholpreventiebeleid.	Gedeeltelijk
4. Er worden subsidies verleend aan preventie-instituten zoals Stivoro-Rookvrij en het Partnership Stop met Roken voor voorlichtingsactiviteiten op het gebied van roken. 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.	Ja
5. De handhavingactiviteiten van de Keuringsdienst van Waren 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.	Ja
6. Per 1 februari 2004 wordt de tabaksaccijns verhoogd met € 0,55 (inclusief B.T.W.) per pakje van 25 sigaretten respectievelijk 50 gram shag.	Ja
7. Meer bewegen: een stijging van het aantal mensen die voldoen aan de normactiviteit ¹ van 40% (1998) naar 45% in 2005 en 50% in 2010. Bewegingsarmoede ² moet dalen van 12% (1998) naar 10% in 2005 en 8% in 2010. 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.	Gedeeltelijk
8. 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.	Gedeeltelijk
9. Een opvolger van de voedselconsumptiepeiling is in ontwikkeling. Er wordt gewerkt aan kwantitatieve streefcijfers voor overgewicht en groente- en fruitconsumptie.	Gedeeltelijk
10. Er wordt subsidie verleend aan het Voedingscentrum en het Kenniscentrum Overgewicht voor het geven van voorlichting over gezonde voeding.	Ja
11. Matig drinken: een vermindering van het aantal probleemdrinkers in 2004 met 11% ten opzichte van 2001 (afname van 9% naar 8% probleemdrinkers).	Nee
12. Er wordt subsidie verleend aan het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en het Trimbos-instituut voor het geven van voorlichting over alcohol. De alcoholvoorlichting zal voornamelijk gericht blijven op jongeren. Dit gebeurt met name via regionale zomercampagnes in vakantiegemeenten.	Ja
13. Er is een wetsvoorstel dat de bestuurlijke boete in de Dranken Horecawet (DHW) introduceert; wij willen dit voorstel eind 2004 invoeren. De introductie zal worden begeleid met een informatiecampagne. Verder is een wetsvoorstel DHW in voorbereiding voor een betere handhaving. In dit wetsvoorstel zullen de voornemens uit de Alcoholnota en het rapport van de Marktwerking Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW)-werkgroep «Openbare inrichtingen» worden geïmplementeerd.	Ja
14. Het streefcijfer voor het percentage jongeren dat veilig vrijt bij een wisselend contact is 70% (tussenstand 2002 69%) in 2007.	Nee

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
15. Er worden subsidies verleend aan het Aids Fonds en de Stichting soa-bestrijding voor het geven van voorlichting over veilig vrijen.	Ja

- ¹ Volwassenen voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond bewegen als zij op ten minste vijf dagen van de week een half uur matig intensief lichamelijke actief zijn. Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit zijn fietsen of flink doorwandelen.
- ² Bewegingsarmoede is gedefinieerd als: het doorgaans op geen enkele dag in de week een half uur matig intensief lichamenlijk actief zijn.

Toelichting:

3. Nog niet alle onderdelen van de evaluatie van het tabaksontmoedigingsbeleid zijn voltooid. In de loop van 2005 zullen alle resultaten bekend zijn.
7. Inmiddels beweegt ruim 47% van de bevolking gezond en is de bewegingsarmoede na een aanvankelijke stijging naar 14% in 2000/2001 weer gedaald naar 12%. De kennis van de burgers omtrent gezond bewegen is, vlak na de uitzending van de Postbus 51 spotjes in september 2004, gestegen naar 46%. (TNO-PG-Arbeid, Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2002/2003 (CIPI 1)).
8. Onder andere via het project «Verborgten vetten» wordt, samen met de industrie, gewerkt aan de vermindering van verzadigd vet in voeding. Gebleken is dat de hoeveelheid groente en fruit dat wordt geconsumeerd nog ver onder de norm ligt (Voedingscentrum, Resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 2003 (CIPI 1)).
9. De Gezondheidsraad (GR) is in 2004 gestart met de voorbereiding van een advies over de voedingsnormen. Het daadwerkelijk vaststellen van nieuwe kwantitatieve streefcijfers zal worden uitgesteld totdat de GR haar advies op dit punt heeft uitgebracht.
11. Uit een in 2004 gehouden onderzoek onder circa 8000 Nederlanders van 16 tot en met 69 jaar blijkt dat 10,3% veel drinkt én daar problemen van ondervindt. De hoogste prevalentie wordt gevonden bij jongeren van 16–24 jaar (Dijck, D. van, Knibbe, R. A. *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: een algemeen bevolkingsonderzoek*, Universiteit Maastricht, februari 2005 (CIPI 2)).
14. In 2004 gebruikte 41% van de jongeren altijd een condoom bij losse contacten en 24% gebruikte bijna altijd een condoom (Kuyper L., Bakker F., Zimbile F. R. *Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen, stand van zaken september 2004 en ontwikkelingen sinds 1987*. Rutgers Nisso Groep, Utrecht, februari 2005 (CIPI 1)).

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het behouden van een vaccinatiegraad van boven de 95% voor het Rijksvaccinatie-programma (RVP).	Ja
2. Verbeteren van de aansturing van het RVP door de organisatie te vereenvoudigen.	Nee
3. Voor het Nationale Programma Grieppreventie streven we naar een vaccinatiegraad van 80% (in 2001 75%).	Nee
4. Voor MRSA streven we naar stabilisatie op de huidige 0,5% multiresistente stammen van het totaal aantal SA-ziekenhuisbacteriën ¹ .	Ja
5. De Infectieziektenwet wordt zo aangepast dat wij meer bevoegdheden krijgen om nieuwe infectieziekten effectief te bestrijden.	Gedeeltelijk
6. Er wordt gestreefd naar een gemiddelde onderzoeksgraad van 80% bij bevolkingsonderzoek naar borstkanker ² .	Ja
7. Ook is het streven om de gemiddelde onderzoeksgraad bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker te brengen op 75%.	Nee
8. Handhaven van het bereik van de hielprik op 99% ³ .	Ja
9. 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.	Ja
10. Verlenen van een financiële bijdrage aan het agentschap Nederlands Vaccin Instituut (NVI).	Ja
11. Er worden subsidies verstrekt voor projecten en aan diverse instellingen.	Ja
12. Wij verlenen een financiële bijdrage aan het agentschap RIVM.	Ja
13. Via de regeling Subsidies ABWZ en ZFW worden subsidies verstrekt.	Ja
14. Als een verstrekking op basis van de AWBZ wordt het RVP gefinancierd.	Ja

¹ Staatstoezicht op de volksgezondheid/Inspectie voor de gezondheidszorg Infectieziektenbulletin, jaargang 15 nummer 05 2004, CIPI 1).

² College voor Zorgverzekeringen (CVZ) (CIPI3).

³ Bron: LP ten Kate (VUmc), MC Cornel (RUG). Wat is het gebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM, CIPI 1).

Toelichting:

1. In 2004 ontstond onrust over de veiligheid van het gebruikte vaccin tegen kinkhoest. De Gezondheidsraad stelde vast dat het gebruikte kinkhoestvaccin weliswaar effectief en veilig was, maar dat er betere alternatieven waren. Medio 2004 is besloten om een verbeterd kinkhoestvaccin in te voeren, de vereiste Europese aanbesteding is in het najaar 2004 afgerond, en per 1 januari 2005 is het nieuwe kinkhoestvaccin ingevoerd in het RVP. De laatste gegevens over de vaccinatiegraad zijn per 1 januari 2004. De lichte daling van de vaccinatiegraad die zich de afgelopen jaren voordeed, heeft niet doorgezet en de vaccinatiegraad is weer licht gestegen en voor alle vaccinaties boven de 95%. In hoeverre de onrust in 2004 zal leiden tot een daling in de vaccinatiegraad is waarschijnlijk pas ná de zomer 2005 bekend. Er zijn voorjaar 2004 vernieuwde voorlichtingsmaterialen beschikbaar gekomen over het RVP, de diverse ziektes waartegen wordt ingeënt en de veiligheid hiervan. Op deze wijze worden ouders adequaat geïnformeerd over nut en noodzaak van het gehele RVP. (Rapportage RIVM, «Vaccinatietoestand Nederland per 1 januari 2004», december 2004, CIPI 1).
2. Eind 2004 heeft het RIVM opdracht gekregen onderzoek te (laten)

verrichten naar de organisatie van het RVP. De resultaten hiervan zullen begin 2005 beschikbaar komen. Op basis hiervan zal besloten worden tot verbeteringen in de organisatie van de aansturing van het RVP (VWS, CIPI 1).

3. In het kader van het Nationale Programma Grieppreventie (NPG) wordt een griepvaccinatie aangeboden aan 65-plussers en een aantal chronisch zieken. De vaccinatiegraad van deze doelgroep in het griepseizoen 2003–2004 is 75%. De doelgroep is door de toenemende vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken de laatste jaren aanzienlijk gestegen, van 19,3% van de gehele bevolking in 1998 naar 23,6% in 2003. De vaccinatiegraad in Nederland behoort al jaren tot één van de hoogste ter wereld. De Gezondheidsraad is in 2004 gevraagd te adviseren over het NPG, vooral met betrekking tot gewenste uitbreiding van de doelgroep. Dit advies wordt eind 2005 verwacht. (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) «Monitoring griepvaccinatiecampagne 2003», oktober 2004, CIPI 1).
5. In 2004 is, op basis van de infectieziektebrieven aan de Tweede Kamer, een werkgroep ingesteld die met voorstellen moest komen om de bevoegdheden van de minister van VWS op zo'n manier vorm te geven dat centrale sturing van infectieziektebestrijding in bepaalde gevallen mogelijk is. Deze werkgroep, waarin naast VWS ook de VNG, de IGZ en GGD-Nederland vertegenwoordigd waren heeft eind 2004 een unaniem gedragen conceptvoorstel geformuleerd (VWS, CIPI 1).
7. Het vijfjaarsbereik voor onderzoek naar baarmoederhalskanker in de jaren 1998–2002 was 73 procent. Dit jaarsbereik stijgt de laatste jaren licht (CVZ) (CIPI 3).
9. Er is een actieprogramma «diabeteszorg beter» ontworpen en gestart (zie de brief aan de Kamer van 5 juli 2004) dat loopt tot en met 2009. Binnen dit programma is een keten-DBC diabetes ontwikkeld. Met dit instrument kunnen verzekeraars gemakkelijk goede, integrale ketenzorg inkopen. Daarnaast is een taakgroep opgericht die bestaat uit deskundigen van aanbieders, patiënten en verzekeraars. Deze taakgroep ontwikkelt voorstellen voor de implementatie van het actieprogramma. Verder zullen in 2005 door ZonMw experimenten bekostigd worden om ervaring op te doen met het ketenmodel en de toepassing van de transmurale diabetes DBC (VWS, CIPI 1).
10. In het proefjaar 2004 is de start gemaakt voor een verdergaande zakelijke relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. De afspraken over deze relatie zijn aangevuld en vastgelegd in de managementafspraken tussen beide partijen waardoor helderheid bestaat over de onderlinge verwachtingen.

21.3.3 Toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige lokale voorzieningen van preventieve zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het streven is dat in 2004 alle gemeenten een actief gezondheidsbeleid voeren aan de hand van een gemeentelijke gezondheidsnota.	Gedeeltelijk
2. In 2004 starten alle GGD'en met het op uniforme wijze verzamelen van gegevens over de gezondheidssituatie in hun werkgebied.	Gedeeltelijk
3. Met de G4 en G26 zijn afspraken gemaakt om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen.	Ja
4. Het streven is het aantal bedrijven dat een preventief gezondheidsbeleid voert van 12% in 2000 te laten toenemen naar 25% in 2005 ¹ .	Ja, 2004 is 24%
5. Wij streven er naar dat in 2005 75% van de bedrijfsartsen bekend is met de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) ² .	Ja, 2004 is 80%
6. 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.	Gedeeltelijk
7. In 2004 is een productenboek gereed voor de uitvoering van de taken medische milieukunde.	Gedeeltelijk
8. Voor alle taken die onder de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) vallen, maakt de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) certificeringsschema's in overleg met het veld ³ .	Ja
9. Er worden subsidies verstrekt voor diverse projecten en aan diverse instellingen.	Ja
10. De jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar wordt aanvullend gefinancierd met de tijdelijke Regeling Specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg.	Ja
11. De uitvoering van de hielprik en de neonatale gehoorscreening worden op elkaar afgestemd.	Nee
12. Via de budgetten van ZonMw en het Fonds OGZ worden programma's mogelijk gemaakt op het terrein van de openbare gezondheidszorg.	Ja

¹ Bron: enquête in 2004 van het Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (TNS NIPO, CIPI 2).

² Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB, CIPI 3).

³ Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ, CIPI 1).

Toelichting:

- In 2004 heeft circa 75% van de gemeenten een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid vastgesteld en in uitwerking genomen. De overige 25% werkt nog aan de ontwikkeling van deze nota (RIVM: Giesbers H. «Stand van zaken lokale nota's gezondheidsbeleid 1 juli 2004, In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.zorgatlas.nl (CIPI 1)).
- Er is meer tijd nodig om alle GGD'en op uniforme wijze gegevens te laten verzamelen. In 2004 zijn voor de landelijke en lokale monitors Volksgezondheid en Jeugdgezondheid standaard vraagstellingen vastgelegd voor indicatoren van gezondheid. De online database waarin lokaal verzamelde gegevens landelijk worden verzameld en geschikt gemaakt voor presentatie van landelijke trends en voor regionale vergelijkingen/benchmark is getest. Een samenwerkingsovereenkomst en gebruikersreglement is aan de leden van GGD Nederland voorgelegd ter goedkeuring. Via een nieuwsbrief en een monitordag is gezorgd voor informatie over en draagvlak voor het gebruik van de standaardvraagstellingen (Bron: GGD Nederland, CIPI 1).

3. In 2004 zijn prestatie-afspraken over het inlopen van gezondheidsachterstanden opgenomen in het beleidskader Grotestedenbeleid III (2005–2009) (kamerstuk 2003–2004, 21 062, nr. 116 Tweede Kamer).
6. In 2004 is de standaard JGZ aangeboren hartafwijkingen vastgesteld (Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden, CIPI 2). De standaard secundaire preventie kindermishandeling is nog in ontwikkeling (volgens planning gereed in 2007). Er is een signaleringsprotocol overgewicht (VWS, CIPI 1). De standaarden voor medische milieukunde zijn conform de planning ontwikkeld (GGD Nederland, www.ggd Kennisnet.nl, CIPI 1).
7. Het opstellen van het productenboek is gefaseerd ingezet: eerst is het modeltakenpakket vastgesteld, daarna zijn die taken uitgewerkt tot product- en formatienormen. De inhoud van het productenboek is echter nog niet definitief vastgesteld in de Commissie Zorg van de VNG (GGD Nederland, CIPI 1).
10. De verantwoordingen Tijdelijke regeling specifieke uitkering (Rsu-jgz) 2003 zijn ontvangen en beoordeeld. Gebleken is dat een groot aantal gemeenten nog niet in staat is om de financiële beleidsinformatie op te leveren die voldoet aan de eisen van de Rsu. Er wordt gewerkt aan een oplossing voor deze problematiek.
11. Het afstemmingsoverleg tussen betrokken partijen is nog niet afgerond. Gestreefd wordt om in 2005 een combinatie van beide screeningen in één contactmoment te realiseren (VWS, CIPI 1).

Aanvullende beleidsprestaties:

- In 2004 is een plan van aanpak opgesteld voor het thema vroeg en tijdig signaleren, beoordelen en interveniëren of verwijzen van kinderen met risico op een slechte sociale ontwikkeling. De Invent Groep voor vroegsignalering en interventies is gevormd, bestaande uit vier wetenschappers (VWS, CIPI 1).
- In 2004 heeft de staatssecretaris een afsprakenblad «Electronisch cliëntdossier JGZ» ondertekend samen met VNG, GGD Nederland, LVT en NICTIZ. Onder leiding van NICTIZ zijn inmiddels werkgroepen gestart met de definitie van de minimale dataset bestaande uit beleids- en bedrijfsvoeringsinformatie, standaarden voor berichtspecificaties met de entadministraties en het GBA (VWS, CIPI 1).
- Het College Sociale Geneeskunde (CSG) heeft samen met het veld het rapport «Opleiding arts maatschappij en gezondheid; knelpunten, opleidingsbehoefte en oplossingsrichtingen» opgesteld (CIPI 1). Het CSG stelt nu samen met het veld de opleidingsprofielen bij volgens de aanbevelingen.
- Research voor Beleid heeft in opdracht van ons in 2004 een tussentijdse evaluatie uitgevoerd van het functioneren van de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH), opleidingsinstituut op het terrein van maatschappij en gezondheid (CIPI 1).
- In het jaar 2004 zijn nagenoeg alle uitkeringen in het kader van de Tijdelijke regeling vroegsignalering (Trv) over de jaren 2001 en 2002 vastgesteld. Alvorens tot vaststelling van de uitkeringen kon worden overgegaan heeft een versoepeling van de registratie-eisen plaatsgevonden (VWS, CIPI 1).

21.3.4 Activiteiten coördineren rond de beheersing van crisis en rampen en de nazorg hierbij op het gebied van de volksgezondheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 2004 moet 100% van de gemeenten over een eigen draaiboek vaccinatie pokken beschikken ¹ .	Ja
2. Wij zorgen voor de organisatie en het instandhouden van de logistieke en materiële structuur voor het departementale coördinatiecentrum, en de kwaliteitsborging hiervan.	Ja, continu proces
3. Er worden subsidies verstrekt voor diverse projecten en aan diverse instellingen	Ja
4. Wij leveren een financiële bijdrage aan het agentschap RIVM	Ja
5. In departementaal verband wordt, in overleg met het bedrijfsleven, meegewerkt aan het project Bescherming vitale infrastructuur	Ja

¹ Bron: Staatstoezicht op de volksgezondheid/Inspectie voor de Gezondheidszorg (CIPI 3).

Aanvullende beleidsprestaties:

De structurele financiering van het calamiteitenhospitaal is gerealiseerd. Het Universitair Medisch Centrum Utrecht krijgt hiervoor jaarlijks € 2,3 miljoen van het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio). In het calamiteitenhospitaal kunnen snel groepen mensen worden opgenomen voor observatie en behandeling.

21.3.5 Het maken van beleid gericht op de bescherming van de gezondheid van de consument

A. Voeding en voedselveiligheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Minder voedselinfecties. Hiertoe zetten wij in op een verbod op de aanwezigheid van Salmonella- en Campylobacter-bacteriën op rauw pluimveevlees voor de consument in 2007. In 2004 zullen onderzoeken worden voortgezet naar de belangrijkste veroorzakers en kostenaspecten van voedselinfecties, ook met betrekking tot langdurige gezondheidseffecten.	Gedeeltelijk
2. Doorbreken van de kringloop van belangrijke ziekten die van dier op mens over kunnen gaan (zoönosen), te beginnen bij BSE (Boviene Spongiforme Encéfalopathie).	Nee
3. Voorkómen dat consumenten voedingsmiddelen krijgen met te hoge gehalten aan agrarische-, industriële-, milieu- of procesverontreinigingen.	Ja
4. In 2004 streven we naar integratie van de KAG-code (Keuringsraad Aanprijzing Gezondheidsproducten) en de gedragscode van het Voedingscentrum voor het gebruik van gezondheidsclaims in een nieuwe toetsingsprocedure. 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.	Gedeeltelijk
5. Voedingsmiddelen afkomstig van genetisch gemodificeerde organismen (GGO's) en nieuwe voedsel ingrediënten moeten veilig zijn.	Ja
6. In EU-verband is een omvangrijk wetgevingstraject gaande voor GGO's. Het gaat onder andere om het aanscherpen van de etiketteringeisen en een effectief traceerbaarheidssysteem.	Ja

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
7. 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 25% in 2008. De vijfjarige campagne «Borstvoeding verdient tijd» van het Voedingscentrum wordt in 2004 voortgezet.	Ja
8. Prioriteit heeft de samenstelling van voedingsmiddelen aanpassen door een verbeterde vetzuursamenstelling. Het bedrijfsleven heeft hiervoor de Taskforce Vetten ingesteld, die op dit onderwerp nauw samenwerkt met het Voedingscentrum.	Ja
9. De VWA (Keuringsdienst van Waren (KvW) en Rijksdienst voor de Keuring van Vee en Vlees (RVV)) 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.	Ja

Toelichting:

1. Het conceptbesluit dat moet leiden tot een verbod (per 1 januari 2007) is voorgelegd aan het Regulier Overleg Warenwet. Een door het RIVM uit te voeren onderzoek (microbiologische veiligheid) is vertraagd en zal in 2005 worden afgerond.
2. Er zijn voor VWS voor 2004 geen concrete resultaten te melden.
4. Er komt Europese regelgeving op het gebied van gezondheidsclaims. Samenvoegen van beide codes werd daardoor door de stuurgroep Convenant Gezondheidsclaims minder zinvol geacht. In plaats daarvan is de keuze gemaakt om de ervaringen van beide codes te verwerken tot één gezamenlijke lijst met generieke claims, die wordt ingebracht in de EU-onderhandelingen.
De veilige maximale hoeveelheden voor voedingssupplementen en voor verrijking moeten in EU-verband worden vastgesteld. De Europese Commissie heeft hiertoe geen voorstel ingediend.
7. In de loop van 2005 zullen de resultaten van de nieuwe peiling voor het geven van borstvoeding bekend zijn (TNO-PG CIPI1)). Het aantal instellingen dat voldoet aan borstvoedingsbegeleiding met het WHO/Unicef keurmerk is gestegen, ruim 32% van de pasgeborenen krijgt «Zorg voor borstvoeding» gecertificeerde kraamzorg (Stichting Zorg voor Borstvoeding (CIPI 1)).

B. Productveiligheid en letselpreventie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Verdere afname van het aantal privé-ongevallen. In 2006 moet het aantal privé-ongevallen teruggebracht zijn naar 700 000 SEH-behandelingen (spoedeisende hulp).	Ja
2. Consument en Veiligheid (C&V) doet vanuit de basissubsidie structureel onderzoek naar kwaliteit en effect van acties die het gedrag van mensen beïnvloeden en geeft voorlichting om veilig gedrag te bevorderen. Een door C&V en Erasmus Universiteit Rotterdam ontwikkelde rekenmethodiek voor directe medische kosten wordt uitgebreid naar maatschappelijke kosten.	Ja
3. Wij streven naar een daling van het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen (van 0 tot 4 jaar) van 5% in 2006 ten opzichte van 2001. In 2001 werden 6200 op de 100 000 kinderen op de spoedeisende hulp behandeld.	ja

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
4. C&V geeft 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.	Ja
5. Een vermindering van het aantal doden en gewonden als gevolg van branden in de privé-sfeer met 10% in 2006 ten opzichte van 2001. In 2004 wordt onderzoek gedaan naar de brandveiligheid van huishoudelijke apparatuur en versieringsmateriaal.	Gedeeltelijk
6. Weren van onveilige producten die wezenlijke chemische, microbiologische of stralingsrisico's opleveren voor zijn gezondheid en veiligheid.	Ja
7. In 2004 wordt de gewijzigde Warenwet van kracht. 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.	Gedeeltelijk
8. In 2004 wordt onderzoek gedaan naar het gebruik van desinfecterende middelen in zorginstellingen en legionella in relatie tot warmwatertoestellen in woningen.	Gedeeltelijk
9. De VWA/KvW bevordert het naleven van voorschriften met betrekking tot de productveiligheid van consumentenartikelen door handhaving, signalering/advisering en gerichte consumentenvoorlichting.	Ja

Toelichting:

1. Het aantal SEH-behandelingen in 2002 was 630 000 (Consument en Veiligheid, Letsel Informatie Systeem 1998–2002 (CIPI 1)). In verband met de doorzettende vergrijzing, toegenomen welvaart, risicozoekend gedrag, grotere mobiliteit en snel veranderende samenstelling van de bevolking was de verwachting dat het aantal ongevallen in 2006 hoger zou uitkomen. De huidige verwachting is dat, ondanks genoemde maatschappelijke ontwikkelingen, het aantal ongevallen rond de 630 000 zal uitkomen.
3. Het aantal ongevallen met zeer jonge kinderen is in 2002 gedaald naar 5100 op de 100 000 kinderen (Consument en Veiligheid, Letsel Informatie Systeem 1998–2002 (CIPI 1)).
5. Uit de meest recente gegevens van woningbranden blijkt dat het aantal gewonden is gedaald, maar dat het aantal dodelijke slachtoffers is gestegen (CBS, Brandweerstatistiek 2003 (CIPI 1)). Daarom zal in 2005 een monitor worden gestart waarin de rol van consumentenproducten in woningbranden als veroorzaker of verspreider van branden worden gevolgd. De resultaten van het onderzoek van het Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding (NIBRA) zal hierin worden meegenomen. Dit onderzoek heeft enige vertraging opgelopen, resultaten worden in mei 2005 verwacht.
7. De wijziging van de Warenwet heeft vertraging opgelopen. De beperkte beschikbare capaciteit is ingezet voor EU-verplichtingen met een hogere prioriteit zoals de implementatie van de biocidenrichtlijn en preparatenrichtlijn.
8. Gebleken is dat legionella risico's in de woning niet gelegen zijn in het ontwerp van warmwatertoestellen maar in het langdurig stilstaan van water en opwarming van water in de waterleiding van de woning. Daarom is er voor gekozen om in 2004 samen met VROM en de waterleidingbedrijven de consumenten over deze risico's voor te lichten (via de Stichting Consument en Veiligheid) en hoe deze tegen te gaan.

Daarnaast is in samenspraak met SZW een ARBO beleidsregel van kracht geworden ter verdere beheersing van legionella risico's. De regel heeft ook betrekking op situaties waarin niet zozeer de werknemer maar het publiek wordt blootgesteld aan deze risico's (tuincentra, winkels in sanitair, horeca). In het nieuwe Handhavingsplan legionella (dat begin 2005 naar de Tweede Kamer zal worden gestuurd) is bepaald dat de VWA toezicht houdt op dergelijke situaties.

21.3.6 Een integrale programmering van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten op het terrein van de volksgezondheid en zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. 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.	Ja
2. 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.	Ja

Toelichting:

De specifieke onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten die worden uitgevoerd met het budget dat aan deze operationele doelstelling is gekoppeld, vindt u terug onder de verschillende beleidsartikelen in dit jaarverslag. Onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten zijn immers beleidsinstrumenten die we kunnen inzetten om operationele doelstellingen te realiseren.

1. Het functioneren van ZonMw is in het voorjaar van 2004 geëvalueerd. In deze evaluatie stonden drie thema's centraal: de doeltreffendheid van ZonMw, de doelmatigheid van ZonMw en de integratie van ZON met het onderdeel Medische Wetenschappen van NWO alsmede de relatie van ZonMw met de opdrachtgevers, VWS en NWO. De uitkomsten van de evaluatie zijn positief (kamerstuk 29 800 XVI, nr. 81). ZonMw is goed toegerust om de medische innovatie de komende jaren een impuls te geven. In korte tijd heeft ZonMw veel tot stand gebracht. De werkwijze van de organisatie vormt een sterke stimulans voor de verbetering van de kwaliteit van het onderzoek en de organisatie is goed toegesneden om de innovatie in Nederland te versterken. Vooral bij het uitvoeren van onderzoek en ontwikkeling op het terrein van zorg en preventie levert ZonMw een goede bijdrage. In 2005 zullen de aanbevelingen uit de evaluatie worden opgepakt.
2. In 2004 is, na het proefjaar 2003, voor het eerst echt in termen van opdrachtgever-opdrachtnemer tussen ons departement en het RIVM gewerkt. Deze nieuwe zakelijkere werkwijze is nuttig en biedt een goede basis voor de samenwerking in de toekomst.

BELEIDSARTIKEL 22: CURATIEVE ZORG

22.1 Algemene doelstelling:

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

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- De voorbereiding van de invoering van de DBC-systematiek voor de financiering van de ziekenhuizen per 1 februari 2005.
- De start van het programma Sneller Beter om samen met de sector de omslag naar marktwerking voor te bereiden.
- Ziekenhuizen, verzekeraars en VWS hebben een convenant gesloten voor meer doelmatigheid in ziekenhuizen. Het convenant legt de doelmatigheidswinst in centrale afspraken vast.

22.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	99 447	89 969	48 102	56 497	- 8 395
<i>waarvan garantieverplichtingen</i>	<i>22 301</i>	<i>11 288</i>	<i>493</i>	<i>6 500</i>	<i>- 6 007</i>
Uitgaven	76 297	66 135	68 913	53 720	15 193
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>72 618</i>	<i>61 978</i>	<i>64 680</i>	<i>49 653</i>	<i>15 027</i>
<i>Tweedelijns zorg</i>	<i>7 914</i>	<i>3 477</i>	<i>584</i>	<i>13 269</i>	<i>- 12 685</i>
<i>Effectieve en efficiënte zorgverlening</i>	<i>59 439</i>	<i>54 242</i>	<i>63 365</i>	<i>35 360</i>	<i>28 005</i>
<i>Spoedeisende medische hulpverlening</i>	<i>5 265</i>	<i>4 259</i>	<i>731</i>	<i>1 024</i>	<i>- 293</i>
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>3 679</i>	<i>4 157</i>	<i>4 233</i>	<i>4 067</i>	<i>166</i>
Ontvangsten	5 988	3 763	2 679	1 098	1 581

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Tweedelijns zorg

De jaarlijkse uitgaven voor de rijksbijdrage abortusklinieken waren voor € 6,3 miljoen geraamd op dit artikel maar worden op beleidsartikel 30 (Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenbeleid, paragraaf 30.3.3) verantwoord.

Met ingang van 1 januari 2004 is de beleidsregel palliatieve zorg Integraal Kankercentrum inwerking getreden. De hier geraamde uitgaven van € 3,0 miljoen worden bij de premie-uitgaven verantwoord.

Er is circa € 1,8 miljoen aan geraamde projectsubsidies niet gerealiseerd, hoofdzakelijk vanwege de bezuinigingen, en er is circa € 1,5 miljoen gerealiseerd op de doelstelling «effectieve en efficiënte zorgverlening» (paragraaf 22,3.3)

Effectieve en efficiënte zorgverlening

Als gevolg van een gerechtelijke uitspraak is een bedrag van € 10,5 miljoen betaald aan de gemeente Amsterdam. Het betreft de niet geraamde meerkosten, inclusief wettelijke rente, die zijn ontstaan door het niet doorgaan van de fusie tussen het Andreas- en het Slotervaart-ziekenhuis.

Een bedrag van € 8,8 miljoen is gebruikt voor de versnelde betaling van aanbouwsubsidies.

De niet geraamde kosten voor de ontwikkeling en voortgang van het DBC Zorgproject bedragen € 8,2 miljoen. Het betreft een subsidie voor de oprichting van het DBC onderhoudsorgaan (€ 1,4 miljoen), opdracht voor de bouw van het DBC Informatiesysteem (€ 2,5 miljoen) en een groot aantal andere activiteiten (€ 4,3 miljoen). Voor de financiering is voor een deel gebruik gemaakt van beschikbaar gestelde middelen voor de twee andere operationele doelstellingen.

Voorts is voor een bedrag van € 1,4 miljoen activiteiten uitgevoerd ten aanzien van het programma «Sneller Beter» (€ 0,7 miljoen), het project «Perinatale registratie» (€ 0,6 miljoen) en het «Aanjaagteam samenwerking eerstelijnszorg» (€ 0,1 miljoen).

Er is een extra subsidie van € 0,4 miljoen betaald aan het Nederlands Kanker Instituut voor ver- en nieuwbouw. Het betreft rente en afschrijving van het niet WZV-deel.

Door het (te) laat bereiken van overeenstemming over de te ontplooiën activiteiten voor patiëntveiligheid met de Orde van Medisch Specialisten is € 1,4 miljoen minder uitgeven dan geraamd.

Spoedeisende medische hulpverlening

Van de bij tweede suppletore wet beschikbaar gestelde middelen is € 3 miljoen gerealiseerd op de operationele doelstelling «effectieve en efficiënte zorgverlening» (i.c. DBC Zorgproject).

Ontvangsten

Er is € 1,7 miljoen meer ontvangen dan oorspronkelijk geraamd. Dit is veroorzaakt doordat de vastgestelde subsidiebedragen (voornamelijk aan de Orde van Medisch Specialisten) lager waren dan het oorspronkelijk toegezegde subsidiebedrag. Door onvoorziene omstandigheden (bijvoorbeeld het later starten van projecten) vonden er minder activiteiten plaats of zijn activiteiten goedkoper uitgevoerd.

Bedragen x € 1 miljoen
Uitgavenontwikkeling artikel 22

	Uitgaven 2002	volume	nomi- naal	tech- nisch	2003	volume	nomi- naal	tech- nisch	2004
	16 266,8	568,3	498,4	- 6,5	17 327,1	- 373,3	277,8	62,5	17 294,2
Uitsplitsing volumemutatie				2003	2004				
- arbeidsmarkt en werkdruk				67,9	- 20,9				
- wachtlijsten/productie				464,4	545,1				
- overig				36,0	- 897,5				
Totaal				568,3	- 373,3				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2002 en 2003 respectievelijk tussen 2003 en 2004 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw in de verschillende deelsectoren.

De stijging in de uitgaven voor arbeidsmarkt en werkdruk in 2003 is voornamelijk het gevolg van extra uitgaven voor ANW-diensten huisartsen (€ 50 miljoen), de arbeidsvoorwaarden ambulancediensten (€ 6,2 miljoen) en opleidingen huisartsen en specialisten (€ 10,5 miljoen).

In 2003 is de uitgavenstijging voor overig (€ 36 miljoen) het saldo van hogere uitgaven voor sanquin (€ 8,1 miljoen), de demogroei overig curatieve zorg (€ 7,5 miljoen) en verschillende volumetegenvallers ad € 59,6 miljoen (onder andere kraamzorg, € 33,8 miljoen) en overig curatieve instellingen (€ 19,7 miljoen) enerzijds en anderzijds lagere uitgaven als gevolg van de pakketbeperking tandheelkunde (- € 20 miljoen), verscherping van de indicatiestelling zittend ziekenvervoer (- € 10 miljoen), herhaalrecepten anticonceptiepil (- € 9 miljoen) en diverse kleinere mutaties. De groei in de uitgaven voor wachtlijsten/productie ziekenhuizen/specialisten bleek op basis van de definitieve afrekening € 464,4 miljoen. Het betreft onder andere extra middelen voor productieafspraken, specialistenplaatsen en agio's. De daling 2004 in de uitgaven voor arbeidsmarkt en werkdruk (- € 20,9 miljoen) komt grotendeels voort uit de incidentele overschrijdingen in 2002 en 2003 bij de ANW huisartsen. De ramingen zijn daar in 2004 voor aangepast als gevolg van maatregelen om de kosten te normeren.

De extra uitgaven in het kader van wachtlijsten/productie slaan grotendeels neer bij de ziekenhuizen/specialisten (€ 393 miljoen). De overige uitgaven hebben betrekking op de extramurale zorg (€ 98 miljoen, waarvan een flink deel samenhangt met de overschrijdingen fysiotherapie en tandheelkunde) en het overig ziekenvervoer (€ 45 miljoen extra ten opzichte van de oorspronkelijke raming).

De neerwaartse bijstelling onder de post «overig» hangt samen met de effecten van de pakketmaatregelen die per 1 januari 2004 zijn doorgevoerd.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Vershil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Vershil 2004
Huisartsenzorg	1 561,1	1 565,2	4,1	1 534,1	1 574,0	39,9
Gezondheidscentra	26,5	27,0	0,5	26,4	29,9	3,5
Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	644,1	645,8	1,7	365,7	403,1	37,4
Fysiotherapie/Oefentherapie	757,0	758,1	1,1	376,2	320,6	- 55,6
Logopedie	51,1	51,3	0,2	49,3	46,8	- 2,5
Ergotherapie	3,8	3,8	0,0	3,2	4,1	0,9
Verloskundige zorg	116,3	116,6	0,3	112,4	110,1	- 2,3
Kraamzorg	304,4	301,4	- 3,0	273,5	288,1	14,6
Algemene en categorale ziekenhuizen	8 597,7	8 669,7	72,0	8 429,7	9 019,1	589,4
Academische ziekenhuizen	2 702,5	2 691,1	- 11,4	2 571,3	2 832,6	261,3
Overig curatieve zorg	330,8	326,6	- 4,2	320,5	345,5	25,0
Medisch specialistische zorg	1 591,5	1 584,1	- 7,4	1 482,6	1 635,2	152,6
Tandheelkundig specialistische zorg	87,9	87,1	- 0,8	83,5	89,5	6,0
Ambulancevervoer	290,6	293,4	2,8	293,5	312,8	19,3
Overig ziekenvervoer	207,6	205,9	- 1,7	0,0	160,1	160,1
Groeiruimte ziekenhuizen en medisch specialisten	0,0	0,0	0,0	681,8	122,7	- 559,1
Demo extramurale zorg	0,0	0,0	0,0	66,2	0,0	- 66,2
Demo overig curatieve zorg	0,0	0,0	0,0	15,6	0,0	- 15,6
TOTAAL	17 272,9	17 327,1	54,2	16 685,5	17 294,2	608,7
Uitsplitsing verschil		Nominaal	- 54,8		Nominaal	171,0
		Volume	109,0		Volume	331,2
		Technisch/statistisch	0,0		Technisch/statistisch	106,5
		Totaal	54,2		Totaal	608,7

Toelichting op de definitieve uitgaven 2003

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2003 sinds het Jaarbeeld Zorg 2003.

De lagere ontwikkeling voor nominaal (- € 54,8 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten. De volumemutatie van € 109 miljoen heeft grotendeels betrekking op extra uitgaven bij ziekenhuizen/medische specialisten. Deze worden veroorzaakt door de nacalculatie van de budgetten als gevolg van onder andere een hogere productie dan afgesproken en extra specialistenplaatsten.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2004

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds de Begroting 2004.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 171,0 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

De volumemutatie van € 331 miljoen betreft voornamelijk extra uitgaven voor ziekenhuizen en medisch specialisten (€ 242 miljoen). Daarbij dient opgemerkt te worden dat nog geen voorlopige afrekening van de uitgaven voor ziekenhuizen heeft plaatsgevonden omdat de daarvoor benodigde gegevens nog niet beschikbaar zijn. Daarnaast zijn er volumetegenvallers bij de vrij beroepers. Bij tandheelkundige zorg is er sprake van een volumetegenvaller van € 32,2 miljoen. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een flinke stijging van het aantal implantaten. Verder is er bij

fysiotherapie per saldo een grote volumemutatie. Na het opstellen van de begroting 2004 is er € 100 miljoen meer ingeboekt als verwachte opbrengst van de maatregelen fysiotherapie per 1 januari 2004. Ten opzichte daarvan is er een volumetegenvaller van € 41 miljoen als gevolg van een stijging van het aantal zittingen op de chronische lijst. Daarnaast is de overschrijding in de kraamzorg in 2003 (ruim € 28 miljoen) in 2004 structureel doorgetrokken. Ten opzichte daarvan is er een meevaller in 2004 van ongeveer € 19 miljoen. Mogelijk wordt dit deels veroorzaakt door een lager aantal geboortes in 2004 ten opzichte van 2003. Het overige verschil wordt verklaard door kleinere mutaties bij de verschillende vrije beroepers.

De onder technisch/statistisch vermelde mutatie (€ 106,5 miljoen) is het saldo van een herschikking van het kader geneesmiddelen naar het kader ziekenhuizen in verband met de bekostiging van remicade en hemostatica (€ 44 miljoen), een herschikking van artikel 99 («Nominaal en onvoor-zien») naar de sector overige ziekenvervoer (€ 71 miljoen) en diverse in omvang gerichte overboekingen tussen premie- en begrotingsmiddelen.

22.3 Operationele doelstellingen

22.3.1 Een optimale zorgverlening in de eerste lijn

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders in de eerstelijnszorg ter voorkoming van extra beroep op de veelal duurdere tweedelijnszorg.	Gedeeltelijk
2. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en patiënt/consumentenorganisaties voldoende instrumenten geven om de zorg doelmatig in de buurt en wijk te organiseren.	Gedeeltelijk
3. Een sterke en betaalbare eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen. Hiervoor wordt een pakketbeperking doorgevoerd bij fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar. Tevens worden alternatieven voor het bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg in kaart gebracht, zodat het systeem aansluit bij de voorgenomen stelselwijziging.	Ja
4. De eerstelijnszorg buiten de reguliere uren (avond, nacht, weekend: ANW-uren) voor de patiënt toegankelijker maken en, gelet op de hoge kosten, doelmatiger organiseren.	Ja

Toelichting:

- In het programma «versterking eerstelijnszorg», opgesteld naar aanleiding van de intentieverklaring eerstelijnsgezondheidszorg, hebben landelijke koepelorganisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten/consumentenorganisaties en de rijksoverheid landelijke randvoorwaarden vastgesteld om regionale samenwerking tussen zorgaanbieders en organisatorische veranderingen te realiseren. Met andere woorden: er is een toekomstvisie voor de eerstelijnsgezondheidszorg opgesteld. Om de eerste lijn te versterken zijn binnen het programma, dat loopt tot en met 2006, diverse instrumenten ontwikkeld zoals: het Aanjaagteam activiteiten (Help-desk), het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen (Lesa's), Themabijeenkomsten samenwerking, Taakherschikking (pilot gestart nurse practitioner/physician assistent). Omdat het een meerjarig traject is, is er sprake van een gedeeltelijke realisatie. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft aangegeven het programma «versterking eerstelijnszorg» te ondersteunen. De huisartsenzorg heeft in 2004 bijgedragen aan de ontwikkeling van diverse instrumenten om haar spilfunctie in de meer geïnte-

- greerde vorm van eerstelijnszorg te versterken. Het betreft de ontwikkeling van een meer op samenwerking gericht bekostigingssysteem van huisartsenzorg (doordat de huisartsen uiteindelijk niet onder de no-claim vallen is dit systeem niet ingevoerd. Per 2006 is er een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsen, afgestemd op de nieuwe zorgverzekeringswet), afstemming van ICT-trajecten, een benchmark huisartsenzorg en randvoorwaarden om de instroom in het beroep te bevorderen en de vervroegde uitstroom te beperken.
2. Voor deze beleidsprestatie geldt dat er een meerjarig ontwikkeltraject is en er dus sprake is van gedeeltelijke realisatie. Hieronder vallen initiatieven als een Spoorboekje voor het ontwikkelen van een regionale/lokale zorginfrastructuur, het ontwikkelen van een Vraag en Aanbod monitor eerste lijn, het aanjagen van veranderingsprocessen, het bevorderen van inhoudelijke samenwerking, het opzetten van regionale ondersteuningsstructuren, het verbeteren van bereikbaarheid en triage, het vergroten van de capaciteit door taakherschikking, ondersteuning van regionale initiatieven via de Help desk, Werkgroep 30 grote gemeenten en de eerstelijnszorg. Deze initiatieven zijn onderdeel van het programma «versterking eerste lijn». In 2004 zijn de ondersteuningsstructuren afgerond en is de helpdesk gestart. Voor de andere thema's geldt dat in 2004 opdrachten zijn verleend voor instrumentontwikkeling, experimenten en themabijeenkomsten, die in 2005 plaats vinden of worden afgerond.
 3. Om de betaalbaarheid van de eerste lijn te bevorderen zijn onder andere pakketmaatregelen ingevoerd. Naast het invoeren van een pakketbeperking voor fysiotherapie en oefentherapie zijn in 2004 de voorbereidingen getroffen voor het in 2005 te starten experiment met vrije tarieven in de fysiotherapie. Daarnaast is besloten om per 1 januari 2006 directe toegang te realiseren voor de fysiotherapeut. Hiertoe wordt Wet BIG aangepast. De diëetadvisering is overgeheveld per 1 januari 2005 van het eerste naar het tweede verzekeringscompartiment. Voor wat betreft de bekostiging huisartsen/eerste lijn is er een ontwerp praktijkplan ontwikkeld. De no claim voor huisartsen wordt niet ingevoerd. Een concept van de Transmurale Diabetes DBC is ontwikkeld, in 2005 wordt hiermee geëxperimenteerd. In vier regio's is een traject gestart om een instrument voor benchmark voor huisartsenzorg te ontwikkelen.
 4. Er is een landelijke structuur ontwikkeld voor Avond-, Nacht en Weekenddiensten voor huisartsen. In 2004 is gewerkt aan het normeren van de tarieven structuur welke per 1 januari 2005 wordt ingevoerd. Nadat de IGZ in 2004 een onderzoek heeft verricht naar de toegankelijkheid en de kwaliteit van de ANW wordt hard gewerkt aan het optimaliseren van de kwaliteit. De IGZ is gevraagd in 2005 een vervolg onderzoek te doen naar de voortgang hiervan.

22.3.2 Een optimale zorgverlening in de tweede lijn

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het opstellen van een (toekomst)visie op de bereikbare ziekenhuiszorg. De ziekenhuiszorg in de dunner bevolkte gebieden is daarbij een bijzonder aandachtspunt.	Ja
2. Het vergroten van het aanbod. Meer keuzemogelijkheden voor patiënten in de electieve zorg. Daarnaast streven we naar een uitbreiding van neonatale intensive careunits (NICU's), pediatrie intensive care units (PICU's) en uitbreiding van voorzieningen radiotherapie (bunkers en versnellers).	Ja
3. Het stimuleren van extra productie. Zorgaanbieders leveren met de beschikbare middelen zo veel mogelijk zorg die aansluit op de vraag van de patiënten. Het beleid tracht de overgang van klinische opname naar dagbehandeling te bevorderen.	Ja
4. Het bijhouden van het aantal consulten en het aantal hospices met een monitor palliatieve zorg.	Ja

Toelichting:

1. In de brief van 26 september 2003 (TK 2003–2004, 27 295, nr.56), is de beleidsvisie op bereikbare ziekenhuiszorg geformuleerd. Met de vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) verbeteren de sturingsmogelijkheden op bereikbaarheid. Daarnaast is op 1 januari 2004 een beschikbaarheidtoeslag geïntroduceerd voor kleine ziekenhuislocaties. Het effect hiervan is dat de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg beter geborgd blijft. Als derde maatregel is sinds 1 januari 2004 het schaal-grootte effect in de beleidsregel investeringen opgeheven. Ook deze maatregel heeft tot effect dat de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg beter gewaarborgd blijft. Daarnaast heeft de maatregel bestaande onevenwichtigheden in de bekostigingssystematiek opgeheven. Voor de beschikbaarheidtoeslag en de aanpassing van de investeringsrichtlijn is in totaal € 32 miljoen vanuit de premie beschikbaar gesteld.
2. In de brief aan de Tweede Kamer over de liberalisering van de electieve zorg (CZ/IZ/2526374), is een verdere verruiming van de regelgeving aangekondigd. Door deze ontwikkelingen zijn de diversiteit en het aanbod van electieve zorg toegenomen en zijn de keuzemogelijkheden van patiënten vergroot. In 2001 waren er nog 76 bestralingsbunkers. Ook voor wat betreft de opleidingsplaatsen radiotherapie zijn in het kader van de inhaalslag radiotherapie maatregelen getroffen. In 2004 zijn 6 extra opleidingsplaatsen voor radiotherapeuten gerealiseerd, 32 extra plaatsen voor de inhaalslag en 4 extra plaatsen na raming door het Capaciteitsorgaan. Voor wat betreft de klinisch fysici zijn in 2004 in totaal 40 opleidingsplaatsen gerealiseerd (15 bestaande plaatsen plus 15 extra plaatsen in het kader van de inhaalslag plus aanvullend nog eens 10 extra plaatsen). De cijfers over de opleidingsplaatsen komen van het CBZ, de stuurgroep radiotherapie en de Nederlandse Vereniging Radiotherapie en oncologie (CIPI code 3).
3. In de begroting 2004 werd voor de ziekenhuiszorg in 2004 een productiestijging van circa 2,5% verwacht. Volgens de voorlopige afrekening komt het productieniveau in 2004 daar nog 1% boven uit. Tabel 22.1 geeft een overzicht van enkele productie-indicatoren. Aan het stimuleren van extra productie is in 2004 op verschillende manieren gewerkt. Er is een convenant gesloten tussen ziekenhuizen, verzekeraars en VWS voor meer doelmatigheid in ziekenhuizen. Dit convenant legt doelmatigheidswinst vast in centrale afspraken en zorgt er

daarmee voor dat zorgaanbieders met de beschikbare middelen zo veel mogelijk de zorg leveren. Het convenant gaat per 2005 in. Tevens is er via het programma «Sneller Beter» gewerkt aan de omslag naar marktwerking. De invoering van marktprikkels in de ziekenhuiszorg draagt ertoe bij dat ziekenhuizen extra productie gaan leveren. Zorgaanbieders worden geprikkeld om op een efficiënte manier zorg te verlenen.

Tabel 22.1 Productie ziekenhuizen

Productie ziekenhuizen	Realisatie 2002	Realisatie 2003	afspraken 2004 (stand okt 2004)
Klinische opnamen Algemene ziekenhuizen	1 457 917	1 527 142	1 560 376
Klinische opnamen Academische ziekenhuizen	205 425	212 428	214 105
Totaal klinische opnamen Algemene en Academische ziekenhuizen	1 663 342	1 739 570	1 774 481
Dagopnamen Algemene ziekenhuizen	896 275	998 208	1 042 804
Dagopnamen Academische ziekenhuizen	113 899	127 691	132 121
Dagopnamen Algemene ziekenhuizen en Academische ziekenhuizen	1 010 174	1 125 899	1 174 925
Polikliniekbezoek Algemene ziekenhuizen	7 368 930	7 575 183	7 760 392
Eerste polikliniekbezoek Academische ziekenhuizen	915 600	952 660	967 242
Totaal polikliniekbezoek Algemene en Academische ziekenhuizen	8 284 530	8 527 843	8 727 634

Bron: CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) PM P

4. De monitor palliatieve zorg onderzoekt het effect van de in 2002 genomen beleidsmaatregelen over een periode van 3 jaar. Een eerste tussenrapportage van het NIVEL is op 13 december 2004 aan de staatssecretaris aangeboden en zal begin 2005 aan de TK worden aangeboden. Op verzoek van de Vereniging Integrale Kankercentra (VIKC) is voor 2004 de uitkomst van de registratie van consulten nog niet in de tussenrapportage opgenomen. Reden zijn de aanloopproblemen met de registratie, waardoor deze niet geschikt was voor analyse.

22.3.3 Het stimuleren van een zo effectief en efficiënt mogelijke zorgverlening in de eerste en tweede lijn

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Verdere invoering van de DBC-systematiek. Dit beoogt een transparante financiering van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg te bewerkstelligen.	Ja
2. Zorginhoudelijke vernieuwing: 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.	Gedeeltelijk
3. Monitoring en transparantie: versterken informatievoorziening. Goede informatie moet beschikbaar zijn 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.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Ten aanzien van de DBC's zijn de volgende onderdelen uitgevoerd:
 - a. Werkend invoeringsmodel: Gerealiseerd aan de hand van «Spoorboekje getrapte implementatie DBC's»
 - b. Adequaat instrumentarium: de DBC-systematiek is technisch opgeleverd, CTG-beleidsregels gereed.
 - c. Ondersteuning van de veldpartijen bij de implementatie: VWS heeft de veldpartijen ondersteund bij de invoering en heeft gemonitord of de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars op tijd gereed zouden zijn voor de invoeringsdatum van 1 januari 2005. Dit is het geval.
 - d. Gewijzigde budgetten en DBC-tarieven: CTG/ZAio heeft deze per 1 januari 2005 vastgesteld.
 - e. Adequate informatievoorziening: het DBC-Informatie-Systeem (DIS) is opgezet.
 - f. Werkend onderhoudsorgaan: de Stichting DBC-onderhoud is opgericht en neemt per 1 januari 2005 de taken van de projectorganisatie DBC-zorg over.
 - g. Adequaat wettelijk kader: De wetsvoorstellen WTG Expres en Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg zijn door de Tweede en de Eerste Kamer aangenomen en treden per 1 februari 2005 in werking. Per 1 februari 2005 worden de ziekenhuisbudgetten en de lumpsummen voor medisch specialisten met gemiddeld tien procent verlaagd ten behoeve van vrije DBC-prijsvorming,
 - h. Borging privacy in het DBC-systeem: de privacytoets (de tijdelijke privacyoplossing) is uitgevoerd door CVZ, ZN, DBC-overgangsorganisatie en CTG-Zaio heeft de resultaten van de privacytoets vastgelegd in een beleidsregel, de softwareleveranciers hebben de resultaten van de privacytoets verwerkt in de ZIS-software. Op deze manier wordt de privacy binnen het DBC-systeem in 2005 geborgd. Eind 2004 is een rapportage over de structurele privacyoplossing afgerond zodat de minister begin 2005 tot een keuze voor een structurele privacyoplossing kan komen. Eind 2004 hebben het College Bescherming Persoonsgegevens en VWS overeenstemming bereikt over de aanvullende maatregelen die genomen worden om aanlevering van persoonsgegevens aan het DBC-Informatiesysteem (DIS). Met deze maatregelen in het verschiet gaat het CBP akkoord met de verwerking van persoonsgegevens in het DIS, zodra de WTG-ExPres van kracht is.
2. In 2004 zijn inspanningen geleverd om zorgvernieuwing te bevorderen. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn dat de projecten concrete en afrekenbare doelstellingen hebben en een landelijke uitstraling. In de projecten van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) is dat in afspraken vastgelegd. Met de OMS zijn projecten op de volgende terreinen overeengekomen: Richtlijnenontwikkeling, complicatieregistraties, visitaties in niet-opleidingsklinieken, indicatorenontwikkeling, en patiëntvoorlichting. Een aantal programma's van de OMS wordt vanaf 2004 afgebouwd omdat zij geen beleidsprioriteit meer zijn, zoals het programma tijdigheid en doelmatigheid. De subsidie aan het Dutch Cochrane Center (DCC) is in 2004 gecontinueerd. Het DCC vervult een belangrijke rol bij de totstandkoming van systematische reviews door de beroepsgroep. De subsidie past ook in het lange-termijn streven om de beroepsgroepen zelf verantwoordelijk te maken voor de richtlijnenontwikkeling en daar alleen infrastructurele ondersteuning (zoals het DCC) in te bieden. In 2004 is subsidie verstrekt aan het project «Registratie pediatrie intensive care-evaluatie (PICE). De subsidie aan het NKI voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek past niet in dit

- beleidskader en er zijn in 2004 stappen gezet om de middelen voor dit onderzoeksprogramma een structureel logischer plaats te geven. De fundamentele herziening van het subsidiebeleid waarover de Tweede Kamer op 22 september 2003 is ingelicht (TK 29 214 nr 1), zal richting geven aan het toekomstige beleid op de eerder genoemde terreinen.
3. Op 1 juli 2004 is in samenwerking met alle informatievragers en -aanbieders in de cure, gestart met de ontwikkeling van het «jaardocument maatschappelijke verantwoording». Het doel hiervan is:
- maatschappelijke verantwoording realiseren met één integraal document (vanaf 2006 verplicht) – Verminderen administratieve lasten door: 1. Bundeling van diverse gegevensstromen tot een document; 2. Electronisch en gebruikersvriendelijk document; en 3. Schrappen van dubbele informatievragen en overbodige informatievragen. Omdat het een meerjarig traject is, is er sprake van een gedeeltelijke realisatie van dit traject.

22.3.4 Een optimale spoedeisende medische hulpverlening

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Operationeel maken van landelijk traumaregistratiesysteem in 2004. Er zijn tien ziekenhuizen aangewezen als traumacentrum met een beschikbaar Mobiele Medische Teams (MMT's) op de grond. Vier traumacentra hebben bovendien een helikopter met een paraat MMT overdag. Begin 2005 kunnen de eerste prestatie-indicatoren gebruikt worden.	Gedeeltelijk
2. De ambulancezorg verder 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). Medio 2004 gaan alle RAV's over op C2000, het nieuwe digitale communicatiesysteem voor de veiligheidsdiensten: politie, brandweer en ambulance-sector.	Gedeeltelijk
3. Verbeteren van de samenwerking met de buurlanden, om zo de kwaliteit van de grensoverschrijdende zorg te verhogen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. De landelijke vereniging van traumacentra (LvTC) heeft in 2004 overeenstemming weten te bereiken over een landelijk traumaregistratiesysteem. Hoewel men het snel eens was over de te hanteren dataset heeft de besluitvorming en ontwikkeling van de benodigde software meer tijd gekost dan verwacht. De tien traumacentra starten begin 2005 met het vullen van het landelijke registratiesysteem. Er moeten nog wel technische en organisatorische hindernissen uit de weg geruimd worden voordat alle ziekenhuizen aan de landelijke traumaregistratie kunnen deelnemen. De verwachting is dat medio 2006 de eerste prestatie-indicatoren voor de traumazorg uit de registratie gedestilleerd kunnen worden.
2. In de meeste regio's is de RAV gereed dan wel bestaat duidelijkheid over het model waarop men afstevent (publiek of private rechtsvorm). Het wetsvoorstel ambulancezorg formaliseert deze ontwikkeling door het verrichten van de ambulancezorg per regio op te dragen aan één rechtspersoon, die daartoe als RAV een vergunning van de minister van VWS heeft gekregen (de bestaande vergunningen komen van rechtswege te vervallen). Voor de kwaliteit van de ambulancezorgverlening is het wenselijk dat de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de meldkamertaken en voor het verlenen van de daadwerkelijke zorg bij één instantie ligt. Daarom draagt dit wetsvoorstel

ook het instandhouden van de meldkamer op aan de RAV. Het voornemen is de wet ambulancezorg in januari 2006 in werking te laten treden. De operationele uitrol van C2000 heeft mede door technische aanpassingen vertraging opgelopen.

3. De samenwerking met de buurlanden is verbeterd. Communicatie op het gebied van grootschalige incidenten is vooral in Limburg aanzienlijk verbeterd door drietalige instructiehandleidingen. De Nederlandse traumahelikopters worden ook in Duitsland en België ingezet en vice versa. In 2004 is gestart met de onderhandelingen over een tarief om de inzet van Nederlandse ambulances in de grensstreek beter te waarborgen.

Voorgenomen evaluaties in 2004

Evaluatie hartinterventies (Gezondheidsraad)

Het advies zal niet, zoals eerder in de Kamer is meegedeeld, verschijnen in december 2004, maar naar verwachting pas verschijnen tegen het einde van 2005. Het kost de Gezondheidsraad bijzondere moeite om voor dit onderwerp de juiste expertise bijeen te krijgen.

Evaluatie vraag en aanbod hartinterventies (CVZ)

Het CVZ heeft het evaluatierapport «vraag en aanbod hartinterventies» nog niet opgeleverd aangezien het CVZ de resultaten nodig heeft van het onderzoek naar hartinterventies van de Gezondheidsraad.

Adviesaanvraag RGO patiëntveilige zorg in ziekenhuizen

Er is advies aan het RGO gevraagd inzake patiëntveilige zorg in ziekenhuizen.

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 belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- Convenant geneesmiddelensector met als doel prijzen van geneesmiddelen voor patiënt en zorgverzekeraar te verlagen,
- Wijziging verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering,
- Gereedkomen beleidsagenda medische biotechnologie 2004–2007,
- Van kracht worden Wet Veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal en Eisenbesluit lichaamsmateriaal,
- EU-voorzittersconferentie «Priority- medicines for the citizens of Europe».

23.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	13 877	21 394	19 952	19 447	505
Uitgaven	14 286	21 023	18 102	21 235	- 3 133
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>11 174</i>	<i>17 989</i>	<i>15 063</i>	<i>17 606</i>	<i>- 2 543</i>
Geneesmiddelen	5 502	7 833	5 387	7 528	- 2 141
waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten		1 094	747	1 614	- 867
Medische technologie en transplantaten	5 672	10 156	9 676	10 078	- 402
waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten		3 361	3 436	2 655	781
Apparaatsuitgaven	3 112	3 034	3 039	3 629	- 590
Ontvangsten	1 485	1 830	1 541	0	1 541

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Geneesmiddelenvoorziening

Lagere uitgaven in verband met het nog niet uitvoeren van een inkomsten- en praktijkkosten onderzoek apotheekhoudenden (€ 0,8 miljoen) en taakstellingen op subsidies (€ 0,9 miljoen).

Medische technologische en transplantaten

Lagere uitgaven voor medische technologie als gevolg van: taakstellingen projectsubsidies (€ 0,3 miljoen). Langere doorlooptijd diverse projecten of

minder kosten daarvoor (€ 0,7 miljoen). Hogere uitgaven in verband met verantwoordende personeelskosten donorregister op deze doelstelling (€ 0,6 miljoen).

Apparaatsuitgaven

Lagere uitgaven in verband met het overhevelen van de personeelsbudgetten Donorregister naar het agentschap CIBG (€ 0,6 miljoen)

Ontvangsten

De ontvangsten betreffen voornamelijk het afkomen van het in voorgaande jaren opgebouwde vermogen bij het agentschap CBG.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen Uitgavenontwikkeling artikel 23

	Uitgaven 2002	volume	nomi- naal	tech- nisch	2003	volume	nomi- naal	tech- nisch	2004
	4 021,8	176,1	111,8	24,3	4 334,0	- 218,8	46,6	5,0	4 166,8
Uitsplitsing volumemutatie					2003	2004			
- overig					176,1	- 218,8			
Totaal					176,1	- 218,8			

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2002 en 2003 respectievelijk tussen 2003 en 2004 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen in de verschillende deelsectoren. Het jaar 2003 laat een volumegroei zien van € 176,1 miljoen.

De mutatie is minder groot dan voorgaande jaren als gevolg van de prijsmaatregel de Geus. In het jaar 2004 is sprake van een volumedaling van € 218,8 miljoen. Deze daling kent diverse oorzaken. Per 1 januari 2004 zijn de volgende pakketmaatregelen ingevoerd: het niet langer vergoeden van de pil boven de 21 jaar, het niet langer vergoeden van de 1e IVF-behandeling en het niet langer vergoeden van zelfzorgmiddelen. Daarnaast is met de sector een convenant voor de geneesmiddelen gesloten waarin is afgesproken de prijzen van generieke middelen met 40% te verlagen.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Verschil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Verschil 2004
Farmaceutische hulp	4 327,4	4 326,4	- 1,0	4 311,3	4 156,8	- 154,5
Subsidies	9,8	7,6	- 2,2	13,3	10,0	- 3,3
TOTAAL	4 337,2	4 334,0	- 3,2	4 324,6	4 166,8	- 157,8
Uitsplitsing verschil		Nominaal	0,0		Nominaal	46,6
		Volume	- 3,2		Volume	- 160,4
		Technisch/ statistisch	0,0		Technisch/ statistisch	- 44,0
		Totaal	- 3,2		Totaal	- 157,8

Toelichting op de definitieve uitgaven 2003

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2003 sinds het Jaarbeeld Zorg 2003. Uit de tabel blijkt dat er slechts geringe afwijkingen zijn opgetreden.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2004

De tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds de Begroting 2004. De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 46,6 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector. Voorts is sprake van een volumemutatie van -/€ 160,4 miljoen. Dit is het saldo van zowel mee- als tegenvallers in de uitgaven. Het grootste deel van de mutatie wordt verklaard door de structurele doorwerking van de afrekening 2003 die een meevaller liet zien, de afrekening 2004 en de verhoging van de zelfzorgmaatregel die bij de Algemene Politieke Beschouwingen is afgesproken (€ 55,0 miljoen bovenop de bij begroting 2004 ingeboekte € 60,0 miljoen). Daar tegenover staat een tegenvaller als gevolg van een lagere opbrengst van het convenant (€ 46 miljoen) en de maatregel zelfzorggeneesmiddelen (€ 31 miljoen). Het onder technisch/statistisch vermelde bedrag (€ 44,0 miljoen) houdt verband met een herschikking van de middelen voor remicade naar de ziekenhuizen.

23.2.1. Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening bevorderen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In het verstrekkingenbesluit is de bevoegdheid voor verzekeraars geïntroduceerd om geneesmiddelen aan te wijzen waarop aanspraak bestaat.	Ja
2. Kostenbeheersing geneesmiddelen door middel van convenant met betrokken partijen.	Ja
3. Er is een nieuwe berekeningssystematiek voor vergoedingslimieten uitgewerkt en er zijn nieuwe vergoedingslimieten volgens die berekeningssystematiek bepaald.	Gedeeltelijk
4. Introduceren modulair tarief voor apothekhoudenden per 1 januari 2005.	Nee
5. Wijziging van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).	Nee
6. Ontwikkeling vergoeding weesgeneesmiddelen.	Ja
7. Bewustwording patiënt van keuzemogelijkheden in de zorg.	Ja
8. EU-voorzitterschap conferentie over priority medicines.	Ja
9. Evaluatie stuurgroep weesgeneesmiddelen.	Ja
10. Monitoring geneesmiddelenreclame.	Ja
11. Onderzoek naar de mogelijkheden voor versterking van de sturende rol van zorgverzekeraars in de farmacie.	Ja
12. Onderzoek naar de praktische uitvoerbaarheid, de juridische aspecten en de ervaringen bij het hanteren van het begrip ziektelast bij vergoedingsbeslissingen.	Ja
13. Beslissing over de afbakening tussen intramurale en extramurale farmaceutische zorg.	Ja
14. Evaluatie van de Farmaco-economische toets.	Ja

Toelichting:

1. Verzekeraars kunnen een preferentiebeleid gaan voeren, door geneesmiddelen aan te wijzen waarvoor recht op vergoeding bestaat. Vergoeden moet nog wel in gevallen waar dit medisch noodzakelijk is.
2. Op 13 februari 2004 werd met de Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland (Bogin), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en

de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) een convenant gesloten met als doel de prijzen die consumenten en zorgverzekeraars moeten betalen voor geneesmiddelen te verlagen. Het convenant geneesmiddelensector zorgde ervoor dat een aantal belangrijke prijsverlagingen werd doorgevoerd, vooral voor generieke producten (– 40%). Ook is met de convenantpartijen afgesproken dat het preferentiebeleid wordt gestimuleerd. Het convenant heeft geleid tot aanzienlijke besparingen zonder noemenswaardige uitvoeringsproblemen. Het convenant is in oktober met een jaar verlengd en de Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (Nefarma) is toegetreden. Er is gekozen voor een verlenging van het convenant om zorgverzekeraars de kans te geven de regierol op te pakken en preferentiebeleid te voeren. Daarnaast wordt de geboekte winst van de verlaagde prijzen vastgehouden. Een belangrijke voorwaarde van enkele partijen voor het verlengen dan wel toetreden tot het convenant is dat de GVS-limieten niet worden aangepast gedurende de looptijd van het convenant en tot zes maanden na reguliere afloop van het convenant. De raming van de besparing was € 622 miljoen.

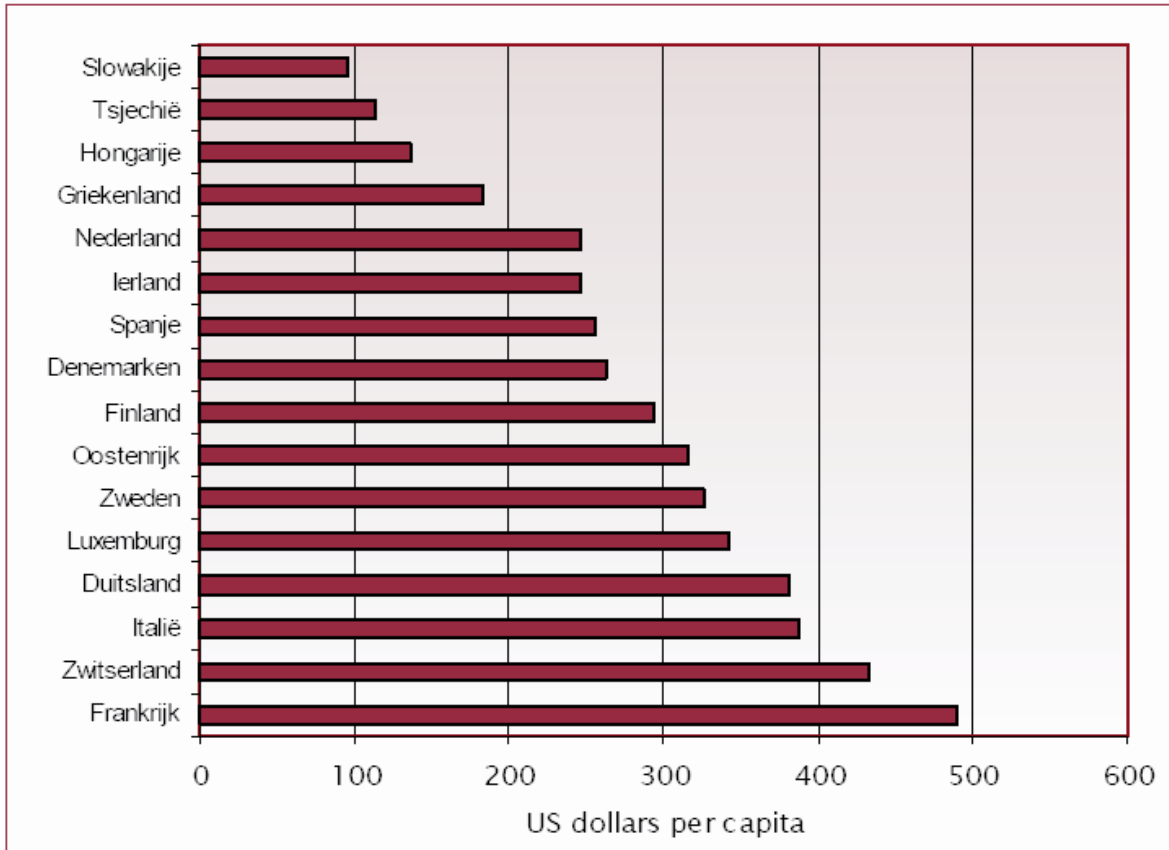
3. Er wordt niet overgaan tot de introductie van nieuwe vergoedingslimieten per 1 januari 2005. De belangrijkste reden daarvoor is het geneesmiddelenconvenant dat in februari 2004 is afgesloten met de KNMP, ZN en de BOGIN en de NEFARMA. Of en wanneer er nieuwe vergoedingslimieten worden ingevoerd is vooralsnog niet duidelijk
4. In verband met de nog niet bereikte overeenstemming tussen partijen over de onderzoeksopzet wordt de geplande invoeringsdatum van het modulair tarief voor apothekhoudenden per 1 januari 2005 niet gehaald.
5. Het wetsvoorstel WMO is in 2004 door de Eerste Kamer behandeld. De Eerste Kamer uitte grote bezwaren tegen het wetsvoorstel, vooral op het gebied van de taak van de bevoegde instantie en de gevolgen van het wetsvoorstel voor klein, onafhankelijk geneesmiddelenonderzoek. De schriftelijke voorbereiding van het wetsvoorstel door de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nam het grootste gedeelte van 2004 in beslag, op 7 december is het wetsvoorstel behandeld in de Eerste Kamer. De behandeling is nog niet afgerond, op verzoek van de Eerste Kamer is de behandeling geschorst en heeft de Staatssecretaris besloten tot het opstellen van een novelle. Het in werking treden van de gewijzigde WMO wordt vermoedelijk met een jaar vertraagd, tot medio 2005.
7. Op het etiket van het door de apotheek verstrekte medicijn wordt de prijs daarvan vermeld. Daarnaast werd de website www.medicijnpreizen.nl ontwikkeld.
8. Het Nederlands voorzitterschap organiseerde op 18 november een high-level-conferentie in Den Haag over Priority Medicines¹, waar vertegenwoordigers van het bedrijfsleven, patiëntenorganisaties, de wetenschap en onderzoeksinstellingen evenals de Europese Investeringsbank aan deelnamen. De conferentie werd mede georganiseerd in het licht van de G-10 debatten over de toekomst van de Europese geneesmiddelenindustrie. Geconcludeerd werd dat op de volksgezondheid gericht geneesmiddelenonderzoek bevorderlijk is voor innovatie en kan bijdragen aan de concurrentiekracht van de economie waardoor invulling wordt gegeven aan de duurzaamheidsdimensie van de Lissabonstrategie. Er is dringend behoefte aan de ontwikkeling van een allesomvattende en coherente research-agenda die de belangen van onderzoek en industrie bijeenbrengt in het algemene kader van de volksgezondheid. Aandachtspunten waren: Antimicrobiële resistentie,

¹ een onderzoeks- en ontwikkelingsagenda voor geneesmiddelen, tegen bestaande en dreigende aandoeningen waartegen geen of onvoldoende adequate medicijnen beschikbaar zijn en die voor de volksgezondheid een potentiële bedreiging vormen.

griep пандemie, diabetes, HIV/AIDS, geneesmiddelen voor ouderen en voor kinderen en aandacht voor vermindering van onnodige administratieve lasten bij de toelating van geneesmiddelen tot de markt. De conclusies van de conferentie zijn door het Nederlands voorzitterschap onder de aandacht gebracht van de betreffende Europese autoriteiten.

10. Met de Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG) werd aan het eind van het jaar een mailing aan artsen voorbereid. De mailing is bedoeld om artsen nogmaals te wijzen op de maatschappelijk aanvaardbare normen voor gunstbetoon door Farmaceutische industrieën.

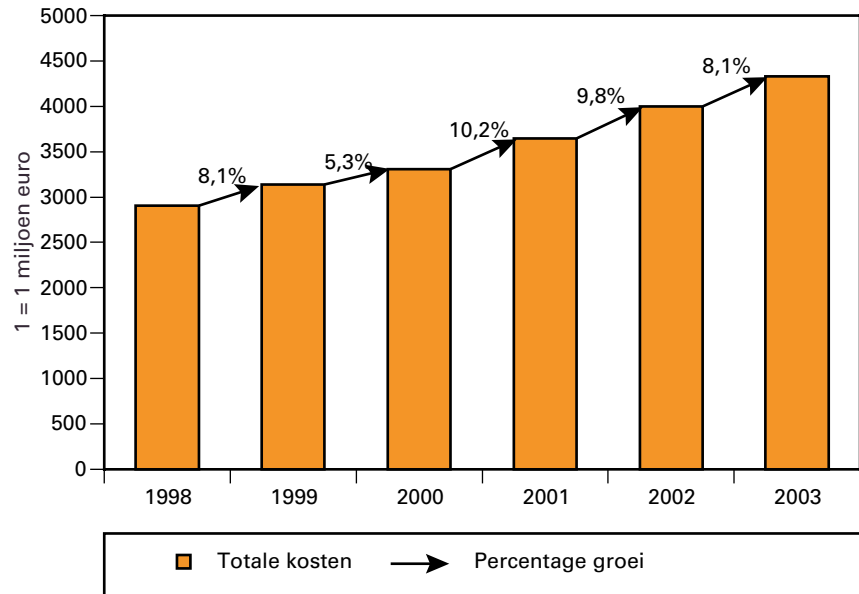
Grafiek 23.1 internationaal geneesmiddelengebruik per inwoner in US dollars in 2002



Copyright OECD, OECD Health Data 2004

CIPI code 3

Grafiek 23.2 Totale uitgaven aan geneesmiddelengebruik in Nederland



Bron: CVZ.
CIPI code 3.

23.2.2 Kwaliteit, veiligheid, beschikbaarheid en doelmatig gebruik van transplantaten en van medische technologische toepassingen bevorderen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het aantal bijwerkingen door verkeerd gebruik van bloed in de praktijk verminderen.	Gedeeltelijk
2. Verminderen van het tekort aan donororganen.	Gedeeltelijk
3. Van kracht worden wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal en het Eisenbesluit lichaamsmateriaal.	Ja
4. Beleidsagenda medische biotechnologie.	Ja
5. De implementatie van de Richtlijn 2003/32/EG, de zogenaamde BSE/TSE richtlijn is van kracht.	Ja
6. Veiligheid van bloedproducten in Nederland handhaven.	Ja

Toelichting:

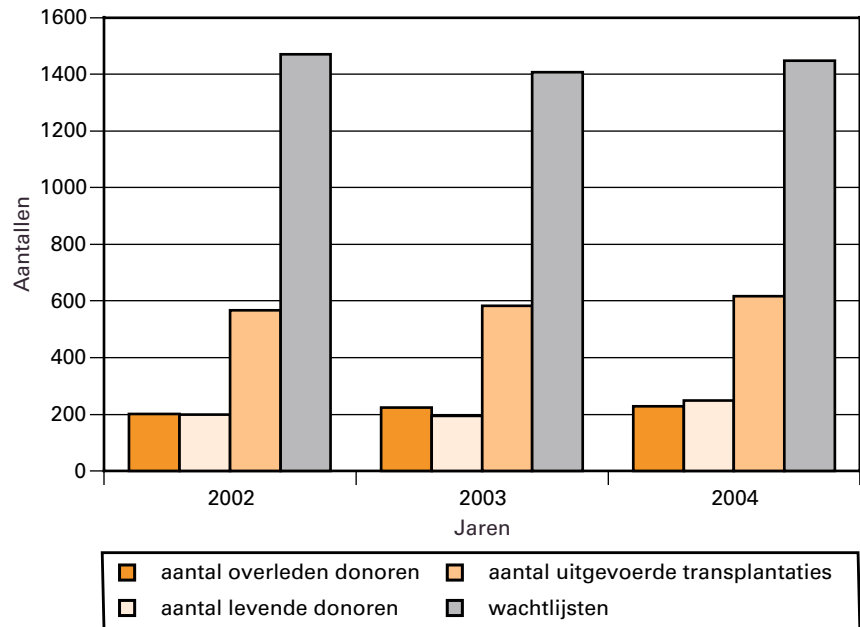
1. Dankzij een subsidie (€ 0,2 miljoen per jaar) van VWS kon op 22 mei 2003 het landelijk bureau voor de centrale registratie van bijwerkingen van bloedtransfusies (Stichting TRIP, TransfusieReacties In Patienten) worden geopend. De respons vanuit de ziekenhuizen is inmiddels zeer hoog, met een actieve participatie van 80%. Dit is, in vergelijking met vergelijkbare meldingssystemen in het buitenland erg hoog. In 2003 werden 778 199 bloedproducten door Sanquin aan ziekenhuizen geleverd. Het landelijk aantal meldingen van transfusiereacties bedroeg in dat jaar 1265. Het aantal gemelde bijwerkingen ligt daarmee onder de 2 promille. Van de 1265 meldingen betroffen 74 de kwaliteit van het bloedproduct, 69 een toedieningsfout en 1122 meldingen een patiëntgerelateerde reactie¹. Mede door deze meldingen kan de veiligheid van de transfusieketen worden verbeterd. Omdat de registratie van bijwer-

¹ Gegevens ontleend aan het jaarrapport 2003 van de stichting TRIP.

king nog relatief kort plaatsvindt, gaan wij er vanuit dat door gebruik van deze gegevens nog verbetering binnen de keten mogelijk is.

2. Vanwege het belang om het donatieproces in ziekenhuizen te verbeteren zijn in 2004 pilots uitgevoerd of voorbereid rond het invoeren van de requestorfunctie in ziekenhuizen en het stimuleren van de non-heart-beating donatie. Daarnaast zijn nu in 64 ziekenhuizen donatiefunctionarissen aangesteld. De maatregelen die zijn genomen om het tekort aan (potentiële) donoren op te lossen hebben wel enig resultaat gehad, maar nog steeds onvoldoende om naast de groeiende vraag, het al bestaande tekort op te heffen. Ook in de toekomst, met welk beslissysteem dan ook, zal dit tekort niet worden opgelost. Wel blijven wij streven naar een zo optimaal mogelijke situatie.

Grafiek 23.3 Ontwikkelingen orgaandonatie 2002-2004



CIPI code 3; cijfers 2002 en 2003 wachlijsten per 31 december, 2004 per 1 januari.
Bron: Nederlandse Transplantatiestichting.

4. De centrale boodschap is dat de kansen die medische biotechnologie voor mensen, wetenschap en bedrijfsleven biedt optimaal worden benut. Dit alles natuurlijk binnen de randvoorwaarden van veiligheid, kwaliteit, ethische aanvaardbaarheid en keuzevrijheid. Enkele beleidsvoornemens zijn:
 - bevorderen van meer toegankelijke informatie over medische biotechnologie en erfelijkheid voor de burger,
 - de opleiding, na- en bijscholing voor artsen moet beter inspelen op de nieuwe ontwikkelingen,
 - een breedgedragen onderzoeksprogramma ontwikkelen,
 - nauwere samenwerking tussen private en publieke onderzoeksinstituten realiseren om sneller behandelingen te vinden en beschikbaar te krijgen voor aandoeningen.

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

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- Bekrachtiging van de nieuwe Europese drugsstrategie 2005–2012.
- Afronding van de afbakening op genezing gerichte GGZ ten behoeve van overheveling naar de Zorgverzekeringswet.
- Continuering van de huidige zes behandel eenheden voor heroïne-behandeling met in totaal 300 plaatsen.
- Invoering van de Tijdelijke stimuleringsmaatregel Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld.

24.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	324 200	290 839	309 961	294 201	15 760
Uitgaven	298 053	304 690	298 914	300 537	- 1 623
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>294 786</i>	<i>301 417</i>	<i>295 876</i>	<i>297 585</i>	<i>- 1 709</i>
Drugsgebruik	5 307	4 348	6 115	7 343	- 1 228
Geestelijke gezondheidszorg	30 105	28 788	17 804	24 856	- 7 052
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>12 225</i>	<i>12 904</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Verslavingszorg	14 630	16 434	14 177	11 179	2 998
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>5 486</i>	<i>6 084</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Maatschappelijke en vrouwenopvang	221 563	228 586	236 026	232 356	3 670
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>221 182</i>	<i>228 309</i>	<i>233 829</i>	<i>227 791</i>	<i>6 038</i>
Specifieke doelgroepen en samenleving	23 181	23 261	21 754	21 851	- 97
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>3 267</i>	<i>3 273</i>	<i>3 038</i>	<i>2 952</i>	<i>86</i>
Ontvangsten	3 232	2 091	3 550	1 361	2 189

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Drugsgebruik

Voor het project Gezonde School & genotmiddelen is structureel € 0,4 miljoen beschikbaar gesteld. Als gevolg van de voorziene herijking van het beleid m.b.t. projectsubsidies is een aantal voornemens, zoals het nationaal prevalentie onderzoek (NPO), monitor schadelijke stoffen, beroepsontwikkeling in de verslavingszorg, niet uitgevoerd (€ 0,9 miljoen; 2^e suppletore wet).

Geestelijke gezondheidszorg

Voor de ontwikkeling van DBC's in de GGZ is bij 1^e suppletore wet € 3,4 miljoen beschikbaar gesteld. Hiervan is € 1,8 miljoen uiteindelijk niet uitgegeven, wat heeft geleid tot een correctie bij 2^e suppletore wet van € 1 miljoen. Bij het project Overheveling van de op genezing gerichte GGZ is € 0,4 miljoen niet tot besteding gekomen. Ook dit bedrag is bij 2^e suppletore wet in mindering gebracht op het eerder beschikbaar gestelde bedrag van € 0,8 miljoen (1^e suppletore wet). Verder is bij 2^e suppletore wet het budget verlaagd in verband met te verwachten lagere uitgaven door terughoudendheid van nieuwe verplichtingen, anticiperend op de herziening van het subsidiebeleid en -budget (€ 2,0 miljoen). Tot slot is € 5,8 miljoen overgeboekt naar beleidsartikel 25 voor indicatiestelling in de AWBZ.

Verslavingszorg

Voor de heroïne- experimenten is € 3,5 miljoen beschikbaar gesteld (2^e suppletore wet) bovenop de al gereserveerde € 1,5 miljoen. Deze middelen zijn ingezet voor de continuering van de 300 behandelplaatsen voor heroïneverstrekking.

Doeluitkeringen Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg

Het verschil wordt voornamelijk bepaald door het uitbetalen van de loonbijstelling.

Leeuwarden heeft voor het opvanghuis voor prostituees (Asja) een bedrag van € 0,45 miljoen ontvangen. Dit bedrag was niet opgenomen in de ontwerpbegroting, compensatie heeft plaatsgevonden vanuit de eindejaarsmarge van VWS.

Specifieke doelgroepen en samenleving

In het kader van de herziening van het subsidiebeleid is de subsidie aan de stichting Joods Maatschappelijk Werk (€ 1,7 miljoen) bij 1^e suppletore wet ondergebracht bij beleidsartikel 36.

In 2004 is een behoorlijke toename te zien van het beroep op de regeling Koppeling. Op basis van de door de Stichting verstrekte nadere gegevens is voor 2004 een bedrag van € 1,4 miljoen aan extra subsidie verleend. Hiervan is € 1 miljoen al bij de 2^e suppletore wet beschikbaar gesteld. Bij 2^e suppletore wet zijn lagere uitgaven door terughoudendheid van nieuwe verplichtingen, anticiperend op de herziening van het subsidiebeleid en -budget gemeld (€ 2,0 miljoen).

Ten gunste of ten laste van meerdere operationele doelstellingen

Bij 1^e suppletore wet is € 2,2 miljoen overgeboekt naar niet-beleidsartikel 99 (projectsubsidies) en was er een plus van € 0,3 miljoen door een technische mutatie. Bij 2^e suppletore wet is een tegenboeking gemeld van € 1,4 miljoen naar dit beleidsartikel voor het vervroegd afkopen van instellingssubsidies. Bij 2^e suppletore heeft een toedeling van € 3,7 miljoen plaats gevonden voor loonbijstelling en een min van € 0,3 miljoen door een technische mutatie.

Ontvangsten

De hogere ontvangsten worden deels verklaard doordat minder gemeenten dan verwacht gebruik hebben gemaakt van de tijdelijke stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) (€ 0,7 miljoen). Daarnaast is bij 2^e suppletore wet al een technische mutatie gemeld van plus

€ 0,3 miljoen). Door onvoorziene omstandigheden (bv. het later starten van projecten) zijn er bij het afrekenen van subsidies deels middelen vrij gevallen.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen
Uitgavenontwikkeling artikel 24

	Uitgaven 2002	volume	nomi- naal	tech- nisch	2003	volume	nomi- naal	tech- nisch	2004
	3 061,8	292,4	71,8	- 23,5	3 402,4	205,2	79,9	21,5	3 709,0
Uitsplitsing volumemutatie				2003	2004				
- arbeidsmarkt en werkdruk				0,6	- 0,5				
- wachtlijsten/productie				287,3	282,6				
- overig				4,5	- 76,8				
Totaal				292,4	205,2				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2002 en 2003 respectievelijk tussen 2003 en 2004 is samengesteld. De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw in de verschillende deelsectoren. De volumeontwikkeling in 2003 (€ 292,4 miljoen) bestaat voor het grootste gedeelte uit uitgaven voor extra productie in het kader van de aanpak van wachtlijsten (€ 287,3 miljoen). De volumeontwikkeling in 2004 (€ 205,2 miljoen) bestaat eveneens voor het grootste deel uit hogere uitgaven voor extra productie (€ 282,6 miljoen). Deze ontwikkeling is het gevolg van de beheersing van de kosten in de AWBZ per april 2004. Sinds die tijd geldt niet langer het geclausuleerde open einde voor de AWBZ. Daarnaast heeft er een daling plaatsgevonden in de overige uitgaven (€ 76,8 miljoen), voornamelijk als gevolg van de pakketmaatregel psychotherapie

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Vershil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Vershil 2004
GGZ	2 983,8	3 036,1	52,3	2 926,0	3 291,5	365,5
Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen (PAAZ-en)	154,7	156,0	1,3	136,8	162,8	26,0
Vrijgevestigde psychiaters en psychothera- peuten	45,7	46,4	0,7	62,4	81,8	19,4
TBS-instellingen	129,9	141,0	11,1	138,6	145,4	6,8
Subsidiereregelingen GGZ	63,2	22,9	- 40,3	50,7	27,5	- 23,2
Groeirimte geestelijke gezondheidszorg	0,0	0,0	0,0	153,0	0,0	- 153,0
TOTAAL	3 377,3	3 402,4	25,1	3 467,5	3 709,0	241,5
Uitsplitsing verschil		Nominaal	1,8		Nominaal	65,2
		Volume	59,0		Volume	189,6
		Technisch/ statistisch	- 35,7		Technisch/ statistisch	- 13,3
		Totaal	25,1		Totaal	241,5

Toelichting op de definitieve uitgaven 2003

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2003 sinds het Jaarbeeld Zorg 2003.

De iets hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 1,8 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

De volumemutatie in 2003 (€ 59,0 miljoen) wordt veroorzaakt door het saldo van diverse bijstellingen op basis van nieuwe gegevens van het CTG en correcties op de uitbreidingsbouw.

De technische mutatie (-/- € 35,7 miljoen) hangt samen met een herschikking van de PGB-middelen naar sector 25.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2004

De tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds de Begroting 2004.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 65,2 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

De volumeontwikkeling in 2004 (€ 189,6 miljoen) wordt verklaard door een toename van de productieafspraken in de GGZ (incl. PAAZ). De groei-ruimte is benut voor de gerealiseerde productiegroei in de AWBZ.

De technische mutatie (-/- € 13,3 miljoen) hangt samen met een herschikking van de PGB-middelen naar sector 25 en een overheveling van extra middelen vanuit de Begroting van Justitie voor uitbreiding van de capaciteit in TBS-klinieken (€ 4,8 miljoen).

24.3 Operationele doelstellingen

24.3.1 Drugsgebruik voorkomen en gezondheidsrisico's beperken

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Beperking en ontmoediging van drugsgebruik in het algemeen en cannabis- en XTC-gebruik in het bijzonder.	Gedeeltelijk
2. 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.	Gedeeltelijk
3. Creëren van een toenemend draagvlak bij andere landen voor een drugsbeleid volgens de Nederlandse benadering.	Gedeeltelijk
4. Terugdringing van de risico's van een hoog Tetra-Hydro-Cannabinol (THC)-gehalte in cannabis.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. In maart/april 2004 is een door VWS gesubsidieerde succesvolle landelijke publiekscampagne («drugs, laat je niets wijsmaken») gehouden over cannabis. Steeds meer instellingen voor verslavingszorg ontwikkelen preventie-activiteiten op het gebied van uitgaansdrugs. In 2004 zijn geen nieuwe gegevens beschikbaar gekomen over het gebruik van drugs onder de algemene bevolking. Uit onderzoek onder scholieren blijkt dat het gebruik van cannabis stabiliseert of licht daalt: in 2003 gebruikte 7,7% van de scholieren van 12–16 jaar in de afgelopen maand cannabis, in 1999 was dat 8,5% (bron: Trimbos – Jeugd en Riskant gedrag 2003. Cipi 2). Volgens lokale studies onder het uitgaanspubliek lijkt XTC minder populair te worden. Het gebruik van cocaïne neemt echter toe. Exacte cijfers zijn over dit gebruik niet te geven. Het aantal mensen dat ervaring heeft met heroïne blijft onveranderd laag.

Een positieve ontwikkeling is dat op het aantal XTC-gerelateerde gezondheidsincidenten op grootschalige dansfeesten de afgelopen jaren met 60% is gedaald.

2. Tussen de VS en Nederland vindt samenwerking plaats op het gebied van onderzoek. Via het Amerikaanse NIDA en ZON/Mw zijn verschillende gezamenlijke onderzoeken gefinancierd. Zo loopt er een studie naar de invloed van een interventiemethode in het basisonderwijs op beginnend drugsgebruik, en wordt onderzoek gedaan naar genetische aspecten van opiaatverslaving. Ook zijn er gezamenlijke onderzoeksprojecten met Franse onderzoekers, onder meer naar de rol van genetische verschillen bij de hunkering naar drugs, en naar risicofactoren voor middelengebruik bij Franse en Nederlandse scholieren. Op het terrein van zorg en preventie vindt een uitwisseling van deskundigen plaats. In het kader van het zogenaamde Vijfandenplan cannabis wordt samengewerkt met België, Zwitserland, Frankrijk en Duitsland.
3. Het Nederlandse zorg- en preventiebeleid wordt in toenemende mate binnen en buiten de EU zeer gewaardeerd. In de nieuwe EU-drugsstrategie 2005–2012, die op 17 december 2004 door de Europese Raad is bekrachtigd, zijn elementen van de Nederlandse aanpak, zoals harm reduction, duidelijk aanwezig. Steeds meer Europese landen tonen interesse voor heroïnebehandeling of zijn al experimenten hiermee begonnen. Ook buiten de EU neemt de interesse voor het Nederlandse beleid toe, zoals in China, Iran en Brazilië. Dit blijkt onder meer uit studiebezoeken aan Nederland en uitnodigingen voor het presenteren van het Nederlandse beleid.
4. Het is nog niet bekend of het gebruik van cannabis met een hoog THC-gehalte meer risico's voor de gezondheid met zich meebrengt. Het RIVM doet onderzoek naar de acute risico's van sterke cannabis. De eerste resultaten zijn eind 2005 beschikbaar. In preventie en voorlichting wordt aandacht besteed aan het toegenomen THC-gehalte in cannabis. Het Trimbos-instituut is in 2004 een meerjarig project gestart om de voorlichting en preventie in coffeeshops te verbeteren.

24.3.2 Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van geestelijke gezondheidszorg, dat aansluit op de zorgvraag

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het overhevelen van de op genezing gerichte GGZ naar de basisverzekering en financiering van de GGZ-care uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).	Gedeeltelijk
2. 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.	Gedeeltelijk
3. Vergroten van productie in de GGZ en de verslavingszorg.	Ja*
4. Verbetering van transparantie en samenhang in de forensische zorg.	Gedeeltelijk

* Door het verdwijnen van de grenzen in de AWBZ is het niet meer goed mogelijk de werkelijke productiestijging voor de geestelijke gezondheidszorg alleen te bepalen. Voor de AWBZ in het geheel geldt dat het totale productieniveau boven het productieniveau ligt dat volgens de begroting 204 werd verwacht.

Toelichting:

1. De afbakening van dat deel dat overgaat naar de Zorgverzekeringswet is ingevuld: het betreft de extramurale GGZ en het eerste jaar van alle intramurale GGZ. Besloten is de forensische psychiatrie niet over te

hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Precieze aanpassing van het Besluit Zorgaanspraken vindt plaats in 2005. Daarnaast is gewerkt aan de aanpassingen die nodig zijn in de budgetteringssystematiek van verzekeraars. Eind december heeft het CTG/ZAio op een aantal punten advies uitgebracht over de overheveling. Ook is een onderzoek gedaan naar de activiteiten die aanbieders en verzekeraars moeten verrichten in 2005 om de overheveling te regelen. Met het oog op de overheveling worden voor de GGZ DBC's ontwikkeld. In 2004 is er door koploperinstellingen proefgedraaid met DBC's.

2. De maatregelen die vanaf 2000 zijn ingezet om de eerstelijns-GGZ te versterken zijn in 2004 geëvalueerd. Uit het eindrapport Evaluatie Versterking eerstelijns GGZ (Nivel) blijkt dat de uitgevoerde maatregelen tot goede resultaten hebben geleid: de kwaliteit van de zorg is verbeterd, de samenwerking binnen de eerstelijns en met de tweedelijns is verbeterd en de eerstelijns-GGZ heeft een eerste stap gezet in de intergratie met de algemene eerstelijnsgezondheidszorg. De consultatieregeling waarbij hulpverleners in de eerstelijns de tweedelijns kunnen consulteren, is in 2004 gecontinueerd. Door deze regeling is de deskundigheid van hulpverleners in de eerstelijns GGZ over GGZ-problematiek verbeterd. In 2003 zijn 112 projecten (deels) gefinancierd door de consultatieregeling en in 2004 115 projecten. Tevens zijn via het Diaboloproject 14 lokale projecten voor het bevorderen van de samenwerking tussen de eerstelijns- en de tweedelijns partijen uitgevoerd. In 2004 zijn vier projecten succesvol afgerond.
3. In het kader van de openeinderegeling was er in 2003 en een deel van 2004 de mogelijkheid om extra productie te realiseren in de GGZ. Dit heeft geleid tot een stijging van het aantal behandelingen en het aantal patiënten. Op deelterreinen is daarbovenop nog een extra inspanning geleverd. Vermeldenswaard is daarbij de (forensische) jeugd-GGZ waar in 2004 het vergroten van het zorgaanbod voor jongeren met een OnderToezichtStelling (OTS-maatregel) is voorbereid. In samenwerking met de jeugdzorg heeft in 2004 een screening plaatsgevonden van alle OTS-jongeren op crisisplaatsen in justitiële jeugdinstanties. Op basis van deze screening is helder geworden welke type aanbod het beste aansluit bij de vraag van deze jongeren. Dit heeft inmiddels geresulteerd in aanvragen van instanties voor ruim honderd nieuwe behandelpaatsen in de Jeugd-GGZ voor deze jongeren. Op 25 augustus 2004 heeft de staatssecretaris met de brancheorganisaties van aanbieders van AWBZ-zorg een convenant gesloten voor de jaren 2005–2007, om de uitgaven in de AWBZ te beheersen. In de begroting 2004 werd voor de productie in de intramurale geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg een stijging van 0,7% verwacht en voor de extramurale productie (inclusief persoonsgebonden budgetten) een stijging van 5,5%. Inmiddels is het door het verdwijnen van de grenzen in de AWBZ niet meer goed mogelijk de werkelijke productiestijging voor de geestelijke gezondheidszorg alleen te bepalen. Wel kan dit gebeuren voor de AWBZ in het geheel. De gemiddelde productiestijging voor 2004 in de AWBZ zou volgens de begroting 2004 uitkomen op 4,6%. Het productieniveau in 2004 zou daar volgens de voorlopige realisatie nog 2,4% boven uitkomen. Tabel 24.1 geeft een overzicht van enkele productie-indicatoren.

Tabel 24.1 Productie Geestelijke Gezondheidszorg*

	2000	2001	2002	2003	2004
volwassenen en ouderen					
eerste opnamen	28 489	40 173	41 932	46 087	48 595
verpleegdagen	5 933 249	6 201 573	6 149 377	6 343 831	6 353 472
deeltijdbehandelingen	1 017 972	1 084 967	1 123 713	1 233 634	1 229 797
ambulante contacten	3 460 671	3 980 322	4 412 637	4 997 367	5 614 881
kinderen en jeugd					
eerste opnamen	1 951	2 458	2 554	2 552	3 087
verpleegdagen	387 439	395 676	427 389	462 199	484 819
deeltijdbehandelingen	118 058	138 219	155 573	175 000	187 013
ambulante contacten	465 062	491 123	515 376	648 859	695 933
alcohol en drugs					
eerste opnamen	7 652	8 490	8 043	8 157	7 892
verpleegdagen	505 328	511 845	545 807	597 493	619 090
deeltijdbehandelingen	60 409	59 499	69 025	76 246	121 296
forensisch					
eerste opnamen	331	401	476	568	762
verpleegdagen	122 775	147 536	156 034	176 390	204 349
deeltijdbehandelingen	16 826	13 645	16 316	25 592	21 334
ambulante contacten	45 592	67 739	93 836	124 800	150 675
RIBW					
verzorgingsdagen	2 079 866	2 115 534	2 248 436	2 374 646	2 608 499

Bron: CTG.

* t/m 2003 betreft gerealiseerde productie; 2004 betreft productieafspraken.

Op 1 januari 2005 zijn de wachtlijsten en wachttijden op basis van het structurele registratiesysteem (ZORG-IS) in kaart gebracht. Uit de inventarisatie blijkt dat de wachttijd in de GGZ¹ in 2004 is gedaald. Op 1 januari 2004 was de wachttijd gemiddeld 44 weken en op 1 januari 2005 was dat 37 weken (zie tabel 24.2).

Het aantal wachtenden is echter wel gestegen. Op 1 januari 2005 stonden bij instellingen 77 400 cliënten op de wachtlijst, terwijl er op 1 januari 2004 66 300 cliënten op de wachtlijst stonden. Hierbij zijn de wachtenden bij vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten niet meegenomen.

In de GGZ worden drie wachtfasen onderscheiden: de aanmeldings-, de beoordelings- en de behandelingsfase. Het aantal wachtenden bij instellingen in 2004 in de aanmeldingsfase is gestegen van 10 500 op 1 januari 2003 naar 19 200 op 1 januari 2004. Ook in de beoordelingsfase is er een stijging van 37 700 personen in 2003 naar 40 800 personen in 2004.

Het aantal wachtenden in de behandelingsfase is gedaald van 18 000 in 2003 naar 17 500 in 2004.

Het merendeel van de wachtenden bij instellingen bevindt zich in het circuit volwassenen: 52 700 wachtenden. In het circuit kinder- en jeugdpsychiatrie wachten 20 000 cliënten. In het circuit ouderen wachten 4 700 cliënten. Voor ieder circuit is er een stijging ten opzichte van vorig jaar. Medio 2005 volgt een analyse van de cijfers om zicht te krijgen op de oorzaken van de stijgingen en dalingen. Dan kunnen tevens werkelijke wachttijden worden gepresenteerd die een realistisch beeld geven van de wachttijd van de GGZ-cliënten.

¹ In de GGZ hebben we het over de gemiddelde geobserveerde wachttijd. Hiermee wordt het aantal weken aangeduid dat ligt tussen de datum waarop de cliënt het wachten is begonnen en de peildatum. Oftewel van de cliënten die op de peildatum op de wachtlijst staan, wordt de gemiddelde wachttijd berekend. Het wachten is voor geen van deze cliënten beëindigd. Met deze onderzoeksmethodiek kan daarom niet gemeten worden hoe lang de cliënt werkelijk moet wachten. Hierdoor wordt de wachttijd systematisch overschat. Immers mensen die (snel) aan zorg zijn geholpen tussen twee peildata tellen niet mee bij de berekening van de gemiddelde wachttijd.

Tabel 24.2: gemiddelde geobserveerde wachttijd (in weken per leeftijdscategorie per wachtfase)

	2001	2002	2003	2004	2005
Aanmelding					
K&J	7,0	8,4	8	7	7
Volwassenen	6,0	7,1	6	7	6
Ouderen	6,0	6,8	6	7	5
<i>Gemiddeld</i>	<i>6,3</i>	<i>7,4</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>7</i>
Beoordeling					
K&J	15	16,2	16	18	16
Volwassenen	12	14,8	14	16	13
Ouderen	12	14,4	11	16	12
<i>Gemiddeld</i>	<i>13</i>	<i>15,1</i>	<i>14</i>	<i>17</i>	<i>14</i>
Behandeling					
K&J	15,3	16,8	16	20	14
Volwassenen	14,3	16,5	14	20	17
Ouderen	16,6	15,7	13	21	21
<i>Gemiddeld</i>	<i>15,4</i>	<i>16,5</i>	<i>15</i>	<i>20</i>	<i>16</i>

Bron: GGZ Nederland en bureau Hoeksma, Homans & Menting

- In overleg met het ministerie van Justitie en met het ministerie van Financiën wordt gewerkt aan het herzien van de financiering en sturing van de forensische zorg en TBS. Dit gebeurt in het kader van de uitvoering van de motie van de Beeten die de regering vraagt in haar beleid in 2005 aan te geven hoe de samenhang tussen justitiële interventies en zorgverlening kan worden versterkt.

24.3.3 Een kwalitatief goed en toegankelijk aanbod van verslavingszorg, dat aansluit op de zorgvraag

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Heroïnebehandeling, met als doel dat de lichamelijke en geestelijke gezondheid van deelnemers aan de behandeling verbetert en dat zij sociaal beter gaan functioneren.	Ja
2. Alcoholzorg met als doel de drempel naar hulpverlening te verlagen.	Ja
3. Spreiding van aanbod van voorzieningen voor verslaafden met psychiatrische problemen. Doel is een landelijk gespreid aanbod van voorzieningen voor deze groep met een dubbele diagnose.	Gedeeltelijk
4. Landelijke centrale registratie van het voorschrijven van opiumwettmiddelen om de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- In 2004 is de heroïnebehandeling in de zes behandel eenheden met in totaal 300 behandelplaatsen voortgezet in het kader van onderzoek naar de rol van psychosociale zorg als onderdeel van de heroïnebehandeling. De Tweede Kamer heeft in juni 2004 besloten de heroïnebehandeling, ook na afloop van het onderzoek, structureel voort te zetten. VWS betaalt jaarlijks € 5 miljoen aan de zes eenheden en daarnaast de kosten voor het onderzoek.
- De instellingen voor verslavingszorg hebben de in het Actieplan Alcoholzorg opgenomen streefcijfers (4200 cliënten meer bereiken) voor de vergroting van het bereik van het aantal cliënten met alcoholproblemen in 2003 volledig gehaald. De rapportage over 2004 wordt in april

2005 naar de Kamer gestuurd. Het Actieplan Alcoholzorg heeft ook in 2004 geleid tot intensivering en innovatie van de alcoholzorg. De projecten zijn vooral gericht op vroegsignalering en kortdurende interventies. Naar aanleiding van de Alcoholnota is vanaf 2002 extra geld beschikbaar gesteld voor alcoholzorg: structureel € 7,7 miljoen per jaar. In 2003 zijn volgens opgave van de instellingen 4266 cliënten of cliëntsystemen meer bereikt dan in 2001 (GGZN, actieplan alcoholzorg, verslag activiteiten 2003. Cipi 3).

3. Het zorgaanbod voor verslaafden met psychiatrische stoornissen groeit langzaam maar zeker. In het kader van Resultaten Scoren is in 2004 een protocol beschikbaar gekomen voor de behandeling van deze groep patiënten.
4. In 2004 hebben de activiteiten voor de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR) zich gericht op de verdere aanpassingen in de programmatuur van de LCMR, zowel op centraal als op lokaal niveau bij de potentieel deelnemende instellingen. Daarnaast is een invoeringsstrategie opgesteld en een model voor een beleidsinformatiesysteem ontwikkeld.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Versterking van de kwaliteit en effectiviteit van maatschappelijke opvang (MO) en vrouwenopvang (VO), waaronder versterking van de informatievoorziening en verbetering van de toegankelijkheid.	Gedeeltelijk
2. Verbetering van de hulp en opvang van slachtoffers van huiselijk en seksueel geweld.	Ja
3. Uitbreiding van de capaciteit in de maatschappelijke opvang (in het bijzonder de 24-uurs opvang), vrouwenopvang en zwerfjongeren.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Het kabinet heeft in 2004 € 1,2 miljoen toegevoegd aan de specifieke uitkering MO en verslavingsbeleid om de doorstroom in de MO te verbeteren. De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:
 - De grote steden hebben toegezegd de gemiddelde verblijfsduur in de MO terug te dringen (prestatieafspraken per stad worden formeel in 2005 gemaakt; de steden hebben deze doelstelling onderschreven in de nota Samenwerken aan de krachtige stad. TK 2003–2004, 21 062, nr.116).
 - de Federatie opvang, Aedes en de SEV (Stuurgroep experimenten volkshuisvesting) zijn in juni 2004 met het project «Geef opvang de ruimte» gestart. Doel van het project is om regionale en lokale initiatieven die zijn gericht op het adequaat onderbrengen van mensen uit de MO, te bevorderen en te ondersteunen.
 Verder is een bedrag van € 1,2 miljoen toegevoegd aan de specifieke uitkering VO. Met de grote steden worden prestatieafspraken gemaakt (zoals beschreven in de nota Samenwerken aan de krachtige stad). De grote steden hebben toegezegd de beschikbaarheid van landelijk toegankelijke opvangvoorzieningen voor vrouwen (en hun eventuele kinderen) die groot gevaar lopen, onder wie ook slachtoffers van eerwraak en vrouwenhandel, te vergroten. De Federatie Opvang heeft een plan ontwikkeld voor het verbeteren van de toegankelijkheid: «Drempels weg». Het Trimbos Instituut is in het najaar van 2004

- gestart met een grootschalig onderzoek naar vraag en aanbod in de VO. In december 2004 is de registratieregeling MO van kracht gegaan.
2. Eén van de kabinetsmaatregelen om de aanpak van huiselijk geweld te versterken is de in 2004 opgestelde Tijdelijke Stimuleringsregeling Advies- en Steunpunten huiselijk geweld. Voor deze regeling is in de periode 2004–2007 een totaal bedrag van € 7,8 miljoen beschikbaar gesteld door het kabinet. Uitgangspunt van de regeling is dat gemeenten zelf bijdragen aan de financiering daarvan. Na de stimuleringsperiode komen de middelen (€ 3 miljoen per jaar) structureel beschikbaar voor deze gemeenten. Gemeenten zijn begonnen met het inrichten of uitbreiden van deze advies- en steunpunten. Transact is gevraagd in dit kader een ondersteuningsaanbod te ontwikkelen.
 3. In totaal is in 2004 € 2,4 miljoen voor capaciteitsuitbreiding toegevoegd aan de specifieke uitkering MO en aan de specifieke uitkering VO. In 2004 heeft de Algemene Rekenkamer een deel van het in 2003 gepubliceerde onderzoek «Opvang zwerfjongeren 2003» herhaald. Uit dit onderzoek blijkt dat bestaande activiteiten van centrumgemeenten voor opvang en hulpverlening aan zwerfjongeren is geïntensiveerd. Ook op provinciaal niveau is sprake van een intensivering van de aandacht voor de zwerfjongerenproblematiek.

24.3.5 Een kwalitatief goed en toegankelijk zorgaanbod dat aansluit op de zorgvraag van specifieke doelgroepen en samenleving

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. 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.	Gedeeltelijk
2. Versterking van de rechtspositie van psychiatrische patiënten.	Gedeeltelijk
3. 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.	Gedeeltelijk
4. Waarborgen van een toegankelijk en kwalitatief voldoende gezondheidszorg voor asielzoekers, waarborgen van een toegankelijke medische noodzakelijke zorg voor illegalen.	Ja
5. Het scheppen van voorwaarden voor het stimuleren van parten om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen bij het versterken van de positie van allochtone cliënten in de gezondheidszorg.	Gedeeltelijk
6. Verbetering van de categorale eerstelijns-seksualiteitshulpverlening, ook om intensiever te werken aan de preventie van ongewenste zwangerschap.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. In 2004 is het IGLO+ project (Intergemeentelijk Lokaal Ouderenbeleid, + staat voor GGZ) afgerond. Dit project zette zich in voor versterking van de regierol van gemeenten op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Het doel was gemeenten te informeren, faciliteren en inspireren door middel van bulletins, grote bijeenkomsten, webcirkel met achterliggende website, en individuele en collectieve informatieverstrekking.
2. De voorwaardelijke machtiging is in januari 2004 in werking getreden, waarmee voorwaarden aan een patiënt kunnen worden opgelegd om gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis te voorkomen. In het Kabinetsstandpunt Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) zijn de voornemens voor de komende jaren voor

- de Wet Bopz uiteengezet. Het wetsvoorstel Klachtrecht is ingediend bij de Tweede Kamer voor plenaire behandeling. Het wetsvoorstel ter reparatie van de observatiemachtiging is in 2004 door de Tweede Kamer aangenomen en is onlangs door de Eerste Kamer aanvaard.
3. Het programma «versterking van de positie van de GGZ-cliënt in de regio» is in 2004 geëvalueerd. Het programma heeft geleid tot een betere samenwerking tussen de cliëntenorganisaties in de GGZ en daarmee de belangenbehartiging van cliëntenorganisaties op regionaal niveau. De extra middelen zijn ingezet om een inhaalslag te bewerkstelligen. De positie en invloed van de groepen cliënten in de verslavingszorg en de MO en hun belangenorganisaties zijn nog niet op hetzelfde niveau als die van andere cliënten(organisaties) in de gezondheidszorg. De subsidieregeling «Zorgvernieuwingsprojecten GGZ» financiert cliëntgestuurde projecten. In 2004 was tot de peildatum 30 augustus 89% van de middelen ingezet. Hiermee zijn 163 projecten uitgevoerd.
 4. Uit het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003) blijkt dat voor de asielzoekers de toegang tot de huisarts goed is. De aanbevelingen uit het rapport zijn door de zorgpartijen in 2004 ter hand genomen. Als vervolg op het rapport zal de Inspectie in 2005 het functioneren van het kwaliteitssysteem in de medische opvang asielzoekers onderzoeken (tevens uitvoering motie Arib, TK 2003–2004 29 484, nr. 6). In verband met de groei van de uitgaven is het subsidiebedrag voor Stichting Koppeling verhoogd met € 1,4 miljoen. Het totale beschikbare bedrag in 2004 komt daarmee op € 5 miljoen.
 5. Op 16 maart 2004 is de beleidsbrief «interculturalisatie van de gezondheidszorg» (TK 2003–2004, 29 484 nr. 1) naar de Tweede Kamer toegezonden. De beleidsvoornemens (voorbereiding monitor) zijn in gang gezet. De Kamer wordt begin 2005 geïnformeerd over de inzet van de middelen (€ 150 000 op jaarbasis t/m 2007). Ten behoeve van de (bemiddeling van) tolk- en vertaaldiensten voert VWS samen met Justitie en andere ministeries een aanbestedingstraject uit. Dit wordt in 2005 afgerond. Voor tolk- en vertaaldiensten in de gezondheidszorg en maatschappelijke zorg is jaarlijks € 8,5 miljoen beschikbaar.
 6. In 2004 is ingezet op het verbeteren van de eerstelijns seksualiteits-hulpverlening. Eind 2005 evalueert het CVZ of dit de juiste organisatie, structuur en financiering is van deze vorm van hulpverlening. In 2004 heeft de Rutgers Nisso Groep een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek heeft als doel het identificeren van verbeterpunten, onder meer op het gebied van de kwaliteit van de hulpverlening en de toegankelijkheid van de centra. De resultaten zullen begin 2005 beschikbaar komen.

Aanvullende beleidsprestatie:

In april 2004 is de beleidsbrief «Aanpak vrouwelijke genitale verminking (VGV)» naar de Kamer gestuurd (TK 2003–2004 29 200 XVI nr. 231). In deze brief maakt het kabinet duidelijk dat zij VGV in Nederland uit wil bannen vanwege de ingrijpende lichamelijke en psychische gevolgen. Augustus 2004 is een adviescommissie ingesteld bij de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). De commissie onderzoekt de mogelijkheden van een controlesysteem waar een preventieve werking van uit gaat én waarmee VGV tijdig wordt opgespoord. Ook kijkt de commissie naar de mogelijkheid van signalering en opsporing. Daarnaast voert de RVZ een onderzoek uit naar de omvang van de problematiek in Nederland. Het advies en de resultaten van het onderzoek worden eind maart 2005 uitgebracht. Pharos speelt een belangrijke rol bij de uitvoering van de voornemens in de

beleidsbrief; de activiteiten ter bestrijding van VGV zijn binnen het bestaande subsidiekader van Pharos geïntensiveerd.

BELEIDSARTIKEL 25: MODERNISERING AWBZ

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

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- Centrale aansturing indicatiestelling door Centrum Indicatiestelling Zorg per 2005.
- Oplevering van landelijke kaders voor implementatie van AWBZ-brede zorgregistratie.
- Harmonisatie van tarieven voor extramurale zorg.
- Evaluatie: PGB-nieuwe stijl voldoet aan de doelstellingen.

25.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	23 173	27 737	82 657	20 583	62 074
Uitgaven	37 284	29 855	40 200	20 583	19 617
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>37 284</i>	<i>29 855</i>	<i>39 703</i>	<i>20 583</i>	<i>19 120</i>
Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (awbz)	37 284	29 855	39 703	20 583	19 120
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>497</i>	<i>0</i>	<i>497</i>
Ontvangsten	2	468	517	0	517

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

De hogere uitgaven in de indicatiestelling zijn een gevolg van overboeking uit premiemiddelen voor niet geïndiceerd AWBZ-gebruik (€ 4,5 miljoen), het omvormen van de RIO tot een landelijk indicatieorgaan en verbetering kwaliteit indicatiestelling (€ 4,0 miljoen) en een overboeking vanuit de begroting van artikel 24 in verband met de uitvoering indicatiestelling GGZ (€ 5,8 miljoen).

De hogere uitgaven in de zorgregistratie zijn onder meer het gevolg van de verlenging van de doorlooptijd en meerwerk in de fase 3 van dit project.

De hogere uitgaven bij het ontwikkelen van een prestatiebekostigings-systeem zijn een gevolg van een overboeking vanuit de begroting van artikel 26 in verband met het deelproject implementatie functiegerichte bekostiging (€ 0,4 miljoen). Dit is onder andere besteed aan de externe audit die Het Expertise Centrum heeft uitgevoerd, kosten voor meerwerk

van de KPMG in het kostprijzenonderzoek AWBZ en het in de praktijk testen van de intramurale zorgarrangementen.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen
Uitgavenontwikkeling artikel 25

	Uitgaven 2002	volume	nomi- naal	tech- nisch	2003	volume	nomi- naal	tech- nisch	2004
	413,5	13,1	10,2	214,5	651,3	179,1	7,4	- 32,6	805,2
Uitsplitsing volumemutatie – wachtlijsten/productie				2003	2004				
Totaal				13,1	179,1				
				13,1	179,1				

Vanaf 2004 worden de uitgaven voor PGB's geboekt op artikel 25. Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2002 en 2003 respectievelijk tussen 2003 en 2004 is samengesteld. De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van toegedeelde loon- en prijsbijstellingen in de sector. De volumemutatie 2003 is het gevolg van de afrekening van de in 2003 verstrekte PGB's. Het onder technisch opgenomen bedrag in 2003 hangt samen met de overheveling van de PGB-gelden vanuit de artikelen 24, 26 en 27. In 2004 is sprake van een forse toename van de uitgaven voor PGB's.

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Vershil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Vershil 2004
PGB's	0,0	651,3	651,3	0,0	805,2	805,2
TOTAAL	0,0	651,3	651,3	0,0	805,2	805,2
Uitsplitsing verschil		Nominaal	50,3	Nominaal	57,7	
		Volume	13,2	Volume	192,3	
		Technisch/ statistisch	587,8	Technisch/ statistisch	555,2	
		Totaal	651,3	Totaal	805,2	

De geraamde en gerealiseerde uitgaven voor PGB's zijn in 2004 overgeboekt van de verschillende AWBZ-artikelen (24, 26 en 27) naar artikel 25. Het volledige uitgavenniveau is daarom in bovenstaande tabel zichtbaar als verschil tussen raming en voorlopige realisatie. Op basis van gegevens van het CVZ (PGB nieuwe stijl) en de SVB (PGB oude stijl) wordt een uitgavenniveau van € 805,2 miljoen verwacht voor 2004

25.3 Operationele doelstellingen

25.3.1 Het verbeteren van de kwaliteit van de indicatiestelling en de inrichting van een doelmatige organisatie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het implementeren van het kabinetsstandpunt, conform het advies van het College Implementatie Indicatiebeleid inzake de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling, om over te gaan tot een centrale aansturing van de indicatiestelling AWBZ.	Ja
2. Het landelijk normeren en vereenvoudigen van de indicatiestelling en het stimuleren van de verbetering van de bedrijfsvoering.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Het bestuur van het Centrum Indicatiestelling Zorg, gestart per april 2004, is erin geslaagd om in 2004 in opdracht van VWS de noodzakelijke voorwaarden te scheppen zodat een centrale aansturing van de indicatiestelling AWBZ via de uitvoering door het CIZ per 2005 in de praktijk mogelijk is. Wat nu nog rest is het wijzigen van de AWBZ zodat formeel de bestuurlijke verantwoordelijkheid niet meer bij de gemeenten maar bij het rijk ligt.
2. In 2004 zijn voor vier van de zeven te indiceren aanspraken werkdocumenten opgesteld en is het werkdocument gebruikelijke zorg geïmplementeerd en geëvalueerd. De vele regionale initiatieven tot vereenvoudiging zijn onderzocht om in 2005 te kunnen worden opgenomen in het landelijke CIZ-werkproces. In verband met de overgang naar één landelijke organisatie zijn geen nieuwe initiatieven genomen tot verbetering van de bedrijfsvoering. Wel heeft het CIZ in 2004 in het kader van de centralisatie plannen gemaakt om de bedrijfsvoering te verbeteren. De eerste effecten hiervan worden waarschijnlijk in de loop van 2005 zichtbaar. In de motie Van Miltenburg c.s (26 631, nr 79) d.d. 4 juni 2004 wordt verzocht om in het jaarverslag te rapporteren over de vermindering van de bureaucratie en kosten als gevolg van de centralisering van de indicatiestelling AWBZ. Aangezien de centralisering van de indicatiestelling per 1 januari 2005 heeft plaatsgevonden, heeft dit in het verslagjaar 2004 niet tot vermindering van de bureaucratie en kosten kunnen leiden. Zoals ik in mijn brief aan de Tweede Kamer d.d. 10 december 2004 over de begroting van het CIZ al heb medegedeeld, werkt het CIZ met ingang van 1 januari 2005 aan een meer doelmatige organisatie van de indicatiestelling. Dit zal leiden tot vermindering van de bureaucratie en van de kosten. Vandaar dat de beschikbare middelen voor de reguliere indicatiestelling van het CIZ c.p. voor de jaren 2006 en 2007 met respectievelijk € 10 miljoen en € 15 miljoen neerwaarts worden bijgesteld. Deze middelen hebben nooit op de begroting van VWS gestaan en kunnen dus ook niet vrijvallen voor andere zaken, zoals AWBZ-zorg.

25.3.2 Met de zorgregistratie kunnen het indicatieorgaan, de zorgaanbieder en het zorgkantoor (de ketenpartners) digitaal gegevens uitwisselen. Dit berichtenverkeer ondersteunt het proces van zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer, dus de gehele keten van indicatiestelling tot zorgrealisatie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Opleveren van de landelijke kaders (technische infrastructuur, berichtenmodel, integratiestandaarden, bedrijfsregels, handboek, beveiliging) die de basis vormen voor de AZR.	Ja
2. Het op cliëntniveau registreren van de zorgvraag en zorglevering, waardoor inzicht ontstaat in de geïndiceerde en geleverde zorg in termen van functies en klassen.	Gedeeltelijk
3. Vermindering bureaucratie en vergroting van transparantie door vervanging van papieren communicatie door gestandaardiseerd digitaal berichtenverkeer.	Gedeeltelijk

Toelichting:

2. Alle indicatieorganen gebruiken de AZR bij de indicatiestelling en sturen de informatie elektronisch naar het zorgkantoor. De vraagzijde van de keten is daarmee «gesloten». Ongeveer 10% van de zorgaanbieders meldt thans informatie over de zorglevering via de AZR aan het zorgkantoor. In het voorjaar van 2005 moet ook de aanbodzijde van de keten gesloten zijn. Dan is in alle zorgkantoor regio's de AZR de basis voor de zorgtoewijzing. Er is dan inzicht in de geïndiceerde versus geleverde zorg, en daarmee een goed beeld van de wachttijden.
3. Door de invoering van de AZR wordt het uitwisselen van papieren dossiers (bijvoorbeeld indicatiebesluiten) vervangen door elektronische berichten. In een deel van de regio's is een begin gemaakt met het verminderen van de papierstroom en sturen de indicatieorganen geen papieren indicatiebesluiten meer naar de zorgaanbieders. In enkele regio's is een begin gemaakt met het afschaffen van de zogeheten BZ-formulieren. Beide trends worden in 2005 krachtig doorgezet.

Aanvullende beleidsprestaties

Alle RIO's (100%) sturen de indicatiebesluiten elektronisch naar het zorgkantoor; dit deel van de keten is daarmee «gesloten». Ongeveer 10% van de zorgaanbieders stuurt eind 2004 de melding aanvang zorg naar het zorgkantoor. Deze lage score hangt samen met het laat opleveren van de benodigde software en de tijd die de aanbieders nodig hebben voor het implementeren. In het voorjaar van 2005 moet ook dit deel van de keten gesloten zijn. De meeste zorgaanbieders maken, ter overbrugging, tijdelijk gebruik van een webapplicatie om de melding aanvang zorg door te geven aan het zorgkantoor. Vrijwel alle zorgkantoren gebruiken eind 2004 de AZR als basis voor de zorgtoewijzing.

25.3.3 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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Evalueren van het pgb-nieuwe-stijl.	Ja
2. Het nader bepalen van de waarde van het pgb-nieuwe-stijl naar aanleiding van onderzoek naar normatieve kostprijzen en de invoering van de functiegerichte bekostiging.	nee
3. De introductie 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 reden is om over te stappen op deze zorg.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. In 2004 heeft de evaluatie van de pgb-regeling nieuwe stijl plaatsgevonden. De algemene conclusie van deze evaluatie is dat de pgb-regeling-nieuwe-stijl voldoet aan de doelstellingen van het komen tot vraagsturing en zorg op maat op een doelmatige manier.
2. De waardebepaling van het pgb nieuwe stijl is in 2004 niet nader ingevuld omdat de ontwikkeling van de functiegerichte bekostiging in natura nog niet ver genoeg gevorderd was om elementen daaruit te kunnen gebruiken voor het vaststellen van de pgb-tarieven.
3. Zoals verwacht zijn veel budgethouders-oude-stijl doorgestroomd naar de pgb-regeling-nieuwe-stijl. Opmerkelijk is dat het totaal aantal budgethouders in 2004 minder snel is gegroeid dan in de voorafgaande jaren. Was er in voorafgaande jaren sprake van een gestage gemiddelde groei van zo'n 1000 tot 1200 budgethouders per maand, in 2004 is dit aantal verminderd tot zo'n 550 tot 600 per maand. Eind december 2004 waren er een kleine 70 000 budgethouders.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Harmonisatie per 1 januari 2004 van de tarieven voor extramurale zorglevering.	Ja
2. Bekostiging koppelen aan het niveau van functies.	Gedeeltelijk
3. Verantwoording op het niveau van functies.	nee

Toelichting:

2. De oorspronkelijke bedoeling was dat elke functie kan worden opgedeeld in een aantal modules, elk met een onderhandelbaar maximale waarde. Dit leidt tot een gemiddelde prijs per uur per functie per aanbieder. Om redenen van beheersing heeft het CTG gekozen voor een beperkt aantal combinaties van modules. Deze combinaties zijn geprijsd.
3. Verantwoording vindt plaats op het niveau van de gecombineerde modules en niet op het niveau van functies.

BELEIDSARTIKEL 26: GEHANDICAPTEN- EN HULPMIDDELEN- BELEID

26.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- Het terugdringen van de wachtlijsten.
- De ontwikkeling van MEE (Sociaal Pedagogische Diensten nieuwe stijl).
- De kabinetsvisie van inclusief beleid en het opstarten van de Taskforce Handicap en Samenleving.

26.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	38 301	20 547	15 688	21 562	- 5 874
Uitgaven	33 761	23 467	16 126	22 254	- 6 128
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>29 728</i>	<i>20 425</i>	<i>13 105</i>	<i>19 186</i>	<i>- 6 081</i>
Stimuleren aanbod zorgvoorzieningen	11 572	7 050	5 091	7 886	- 2 795
Versterken van de rechtspositie	8 532	6 276	5 572	5 925	- 353
Opheffen gescheiden leefsituatie	302	109	0	179	- 179
Kwaliteitstoetsing en -verbetering	9 322	6 990	2 442	5 196	- 2 754
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>4 033</i>	<i>3 042</i>	<i>3 021</i>	<i>3 068</i>	<i>- 47</i>
Ontvangsten	1 747	1 059	1 295	182	1 113

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Stimuleren aanbod zorgvoorzieningen

De lagere uitgaven zijn een gevolg van een verlaging van het kasbudget bij de eerste suppletore wet door een korting op het projectsubsidiebudget van € 0,6 miljoen. Daarnaast zijn er door de besluitvorming over de verdeling van het projectsubsidiebudget projecten niet door gegaan of later gestart € 0,5 miljoen. De subsidiëring van de hulphonden is overgegaan naar de premie uitgaven waardoor het begrotingsbudget ad € 1,4 miljoen is vrijgevallen.

Kwaliteitstoetsing en -verbetering

De lagere uitgaven zijn veroorzaakt door een overboeking naar het PGO-fonds ad € 1,6 miljoen bij eerste suppletore wet. Tevens is er een budget van € 0,4 miljoen overgeboekt naar het project Modernisering

AWBZ. Het project Landelijk activiteitenprogramma Kwaliteit in de Care is later gestart dan oorspronkelijk was voorzien, hierdoor is een budget van € 0,5 miljoen overgebleven.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen
Uitgavenontwikkeling artikel 26

	Uitgaven 2002	volume	nomi- naal	tech- nisch	2003	volume	nomi- naal	tech- nisch	2004
	4 998,9	333,2	154,9	- 19,4	5 467,5	290,1	96,6	17,5	5 871,6
Uitsplitsing volumemutatie				2003	2004				
- arbeidsmarkt en werkdruk				- 0,9	0,3				
- wachtlijsten/productie				211,9	214,2				
- overig				122,2	75,5				
Totaal				333,2	290,1				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2002 en 2003 respectievelijk tussen 2003 en 2004 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw in de verschillende deelsectoren. De volumeontwikkeling hangt zowel voor 2003 als voor 2004 voor het overgrote deel samen met extra geleverde productie (€ 211,9 respectievelijk € 214,2 miljoen).

Onder de post «overig» zijn onder meer extra uitgaven opgenomen voor hulpmiddelen en voor MEE-organisaties. In 2003 is hier voorts € 5,5 miljoen bijgeboekt in verband met de zogenoemde bovenbudgettaire vergoedingen (zoals tandheelkundige hulp in instellingen voor gehandicapten

Sectoren	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Verschil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Verschil 2004
Gehandicaptenzorg	4 230,0	4 243,7	13,7	4 042,8	4 542,1	499,3
Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten	87,6	86,6	- 1,0	83,3	81,6	- 1,7
MEE (voorheen Sociaal pedagogische diensten)	146,9	147,5	0,6	133,8	156,6	22,8
Persoonsgebonden budgetten lichamelijk gehandicapten	1,2	0,0	- 1,2	2,6	0,0	- 2,6
Persoonsgebonden budgetten verstandelijk gehandicapten	175,1	0,0	- 175,1	180,8	0,0	- 180,8
Hulpmiddelen	986,3	989,7	3,4	1 008,5	1 091,3	82,8
Groeiruimte gehandicaptenzorg	0,0	0,0	0,0	220,2	0,0	- 220,2
TOTAAL	5 627,1	5 467,5	- 159,6	5 672,0	5 871,6	199,6
Uitsplitsing verschil		Nominaal	8,9		Nominaal	67,3
		Volume	- 10,9		Volume	257,3
		Technisch/ statistisch	- 157,6		Technisch/ statistisch	- 125,0
		Totaal	- 159,6		Totaal	199,6

Toelichting op de definitieve uitgaven 2003

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2003 sinds het Jaarbeeld Zorg 2003. De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 8,9 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

Het onder «technisch/statistisch» vermelde bedrag is het gevolg van de overheveling van de geraamde en gerealiseerde uitgaven voor PGB's naar artikel 25, AWBZ-brede zorg.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2004

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds de Begroting 2004.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 67,3 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

De getoonde volumemutatie voor de gehele sector bedroeg in 2004 € 257,3 miljoen. Het grootste deel daarvan (meer dan € 200 miljoen) hangt samen met extra geleverde productie in de gehandicaptenzorg.

De post MEE-organisaties laat een volumestijging van circa € 7 miljoen zien.

De stijging in de uitgaven voor hulpmiddelen was in 2004 € 28 miljoen hoger dan geraamd.

Daarnaast werkt een hoger dan geraamde groei uit 2003 structureel door.

Het onder «technisch/statistisch» vermelde bedrag is voornamelijk het gevolg van de overheveling van de geraamde en gerealiseerde uitgaven voor PGB's naar artikel 25, AWBZ-brede zorg. De groei ruimte is benut voor de gerealiseerde productiegroei in de AWBZ (voor de gehandicaptenzorg de eerste regel uit bovenstaande tabel).

26.3 Operationele doelstellingen

26.3.1 Een zodanig aanbod van zorgvoorzieningen en dienstverlening stimuleren dat gehandicapten hiermee hun handicap kunnen compenseren

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Productiestijging van de intramurale productie met 1,2% en van de extramurale productie (inclusief persoonsgebonden budgetten) met 5,4%.	Ja*
2. Transparante hulpmiddelenzorg	Gedeeltelijk
3. Deregulering hulpmiddelenvoorziening	Nee
4. Ontwikkeling Sociaal pedagogische diensten nieuwe stijl (MEE)	Ja

* Door het verdwijnen van de grenzen in de AWBZ is het niet meer goed mogelijk de werkelijke productiestijging voor de gehandicaptenzorg alleen te bepalen. Voor de AWBZ in het geheel geldt dat het totale productieniveau boven het productieniveau ligt dat volgens de begroting 2004 werd verwacht.

Toelichting:

1. De gemiddelde productiestijging voor 2004 in de AWBZ zou volgens de begroting 2004 uitkomen op 4,6%. Het productieniveau zou daar volgens de voorlopige realisatie nog 2,4% boven uitkomen. De in het kader van een beheerste groei van de AWBZ-uitgaven voor 2004 ter beschikking gestelde middelen hebben in de gehandicaptensector

opnieuw tot meer zorg- en dienstverlening geleid. De uitbreiding heeft zowel intramuraal als extramuraal plaatsgevonden. Deze productiestijging kan onderverdeeld worden in extramurale zorg in de vorm van een toename extramurale zorgproducten, extra intramurale zorg in de vorm van verpleeg-, woon- en dagbestedingsdagen (al dan niet als gevolg van oplevering bouw op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), Tijdelijke Verstrekkingen Wet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) of de regeling kleinschalige woonvoorzieningen) of in de vorm van een stijging van het aantal persoonsgebonden budgetten (PGB, zie beleidsartikel 25).

Bouw

In 2004 lag het accent in de bouw van voorzieningen op het vergroten van de keuzemogelijkheden voor cliënten. In de gehandicaptenzorg kan bouw op 4 manieren gerealiseerd worden:

1. op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)
2. op basis van de Tijdelijke Verstrekkingen Wet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD)
3. op basis van de regeling kleinschalige woonvoorzieningen
4. op basis van de overgangsregeling kapitaallasten (bouw t.b.v. extramurale voorzieningen)

Op basis van de WZV zijn er in 2004 95 aanvragen voor wonen en 77 aanvragen voor dagbesteding goedgekeurd, het gaat hierbij om respectievelijk 3054 en 2779 plaatsen (waarvan respectievelijk 656 en 236 plaatsen uitbreiding en de rest ter vervanging van bestaande plaatsen).

Op basis van de TVWMD zijn er in 2004 412 initiatieven afgehandeld, het gaat hierbij om ongeveer 4000 plaatsen wonen en dagbesteding (waarvan 700 plaatsen uitbreiding).

Op basis van de regeling kleinschalige woonvoorzieningen zijn er in 2004 ca 2000 plaatsen bij gekomen.

In het kader van bouw t.b.v. extramurale voorzieningen adviseren zowel het College Bouw (ex-WZV voorzieningen) als VWS (ex TVWMD voorzieningen) aan het ctg.

De advisering van het College Bouw besloeg een aantal initiatieven ter hoogte van 0,7 miljoen aan exploitatie (kapitaals-)lasten.

De advisering van VWS besloeg een aantal initiatieven ter hoogte van € 1 miljoen aan exploitatie (kapitaals-)lasten.

Samen met veldpartijen en andere deskundigen is verder gewerkt aan het ontwikkelen van het leefwensenonderzoek. In 2004 is een goed leefwensenonderzoek gedefinieerd. In de verdere uitwerking zal nog een handreiking voor cliëntenraden volgen en goede voorbeelden, deze worden in 2005 opgeleverd.

De deregulering van de dagbestedingsvoorzieningen is in 2004 gekoppeld aan de komst van de WTZi. Dit geldt ook voor de in 2004 ontwikkelde care-brede regeling kleinschalig wonen.

Deze dereguleringen zullen naar verwachting in 2005 het eerste effect krijgen.

In 2004 heeft het CBZ, in samenwerking met de VGN, flink aangejaagd bij de instellingen om met verbeterplannen te komen voor de gebouwen die in het onderzoek uit 2003 «rood» en «oranje» scores. De meeste instellingen hebben daarop ook goed gereageerd. In april/mei 2005 zal VWS, samen met CBZ en VGN besluiten, welke vervolgcacties nog nodig zijn, om de oorspronkelijke doelstelling, geen rood/oranje meer in 2009, te kunnen halen.

Het wetenschappelijk onderzoek naar het zorgmodel voor kinderen met meervoudig complexe handicaps in een kinderdagverblijf is nog in volle gang en wordt in 2005 afgerond.

Het nieuwe programma van eisen, in 2003 experimenteel toegepast, heeft zich inmiddels bewezen, en wordt in 2004 in vrijwel alle regio's toegepast voor nieuwe initiatieven op dit terrein.

Productie

Met het op 1 januari 2004 in werking treden van de nieuwe AWBZ-brede beleidsregel Extramuraal Zorg is de beleidsregel Wachtlijstmiddelen per 31 december 2003 stopgezet. In het kader van de gemoderniseerde functiegerichte AWBZ wordt er in de nieuwe extramuraal zorg beleidsregel uitgegaan van het aantal afgesproken producten binnen bepaalde functies. In de extramuraal zorg zijn er bijna 26 mln. eenheden productie afgesproken.

De reguliere intramuraal productieontwikkeling (al dan niet gepaard gaand met bouw) in de vorm van aantallen verpleegdagen, woon-dagen en dagbestedingsdagen laat in 2004 voor de instellingen voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten een kleine stijging zien (tabel 26.1). Dit komt door een tweetal factoren. Ten eerste is, door de verdergaande substitutie van intramuraal zorg in extramuraal zorg, de verpleegdag geen goede indicator voor de productieuitbreiding meer. In 2004 heeft er een grootschalige omzetting plaatsgevonden van de zogenaamde substitutieplaatsen waarin er nog op verpleeg- en woon-dagen werd geregistreerd naar extramuraal productieafspraken. Dit komt doordat bij het scheiden van wonen en zorg cliënten zelfstandig een eigen woning huren en zij niet langer binnen de categorie verblijf vallen en dus de verpleegdagen intramuraal niet meer geteld worden. Ten tweede wordt er steeds meer kortdurende zorg geleverd. Het gaat dan bijvoorbeeld om enkele tientallen dagen logeeropvang per cliënt per jaar. Tenslotte moet in het algemeen opgemerkt worden dat een groot aantal cliënten op de wachtlijst is geholpen voor een hernieuwde zorgvraag. Deze hernieuwde zorgvraag heeft geen substantieel effect op het gerealiseerde aantal verpleeg- of dagbestedingsdagen, maar wel op de uitgaven in de zorg, want het gaat hier meestal om extra of duurdere zorg binnen het bestaande aantal verpleeg- of dagbestedings-dagen.

Tabel 26.1 Productie gehandicaptenzorg¹

	2000	2001	2002	2003	2004
verstandelijk gehandicaptenzorg					
<i>intramurale zorg</i>	–	–	–	–	–
verpleegdagen	13 138 905	13 279 065	13 502 360	13 650 436	13 900 924
<i>semi-murale zorg</i>	–	–	–	–	–
wonen	6 445 030	6 505 176	6 608 292	6 670 899	6 449 297
dagbesteding ²	4 093 828	4 237 295	4 274 258	4 430 061	
lichamelijk gehandicaptenzorg					
<i>intramurale zorg</i>	–	–	–	–	–
verpleegdagen	274 367	281 056	275 130	290 461	275 987
<i>semi-murale zorg</i>	–	–	–	–	–
wonen	833 839	858 493	873 770	933 207	990 580
dagbesteding ³	447 148	495 717	516 980	557 700	
instellingen voor zintuiglijk gehandicapten					
<i>intramurale zorg</i>	–	–	–	–	–
verpleegdagen	–	–	–	–	–
visueel gehandicapten	93 951	97 017	98 241	94 421	95 671
auditief gehandicapten	227 176	213 197	218 593	219 850	236 474
semi-murale zorg	–	–	–	–	–
wonen	79 935	85 045	85 045	90 520	66 424
instellingen voor meervoudig gehandicapten					
<i>semi-murale zorg</i>	–	–	–	–	–
wonen	25 550	25 550	25 185	25 185	25 620
dagbesteding ⁴	87 032	85 311	104 554	151 096	
Extramurale productieafspraken					25 889 146

Bron: CTG

¹ Productieafspraken

² Dagbesteding is vanaf 2004 opgenomen onder extramurale productieafspraken,

³ Idem 2

⁴ Idem 2

Daarnaast is er in 2004 in het kader van een drietal premiesubsidies extra zorg geboden.

In dit kader hebben in 2004 ruim 60 000 personen met een handicap hun zorgvraag laten verduidelijken door een MEE-organisatie (voormalig Sociaal Pedagogische Diensten). Deze zorgvraagverduidelijking leidt niet direct tot aanvullende zorgvraag, hiervoor dient de cliënt eerst nog via de RIO geïndiceerd te worden. Verder heeft er in dit kader een uitbreiding van 90 extra plaatsen in ADL-woningen plaatsgevonden en zijn er 125 blinden geleidehonden en 66 hulphonden opgeleid.

Een beeld van de wachtlijstsituatie in de (verstandelijke en lichamelijke) gehandicaptenzorg is verkregen op basis van de gegevens van 18 zorgkantorregio's. Deze gegevens vertaald naar een landelijk beeld laten zien dat de wachtlijst voor mensen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen met circa 3 500 personen afneemt. Eind 2004 staan er landelijk naar schatting circa 14 100 personen op de wachtlijst, waarvan circa 12 200 personen met verstandelijke beperkingen en circa 1 900 personen met lichamelijke beperkingen. Voor beide doelgroepen blijkt in 2004 wederom dat een substantiële groep vrij snel is geholpen. Daarnaast blijkt ook in 2004 dat er een groep langer op de wachtlijst blijft staan, vooral omdat hun vraag niet aansluit op het beschikbare aanbod. Deze personen wachten bijvoorbeeld op zorg bij een specifieke zorgaanbieder. Ook is mogelijk dat zij liever ondersteu-

ning in een andere woonomgeving wensen dan de beschikbare plaats in bijvoorbeeld een gezinsvervangend tehuis. Voor de groep nog wachtenden is de wachttijd in 2004 in vergelijking met vorig jaar nagenoeg gelijk gebleven.

Bovenstaande resultaten zijn bereikt, ondanks dat nog steeds veel nieuwe indicaties aan personen met een verstandelijke beperking worden afgegeven (circa 15 000 op jaarbasis). Al enkele jaren zien we dat vooral veel jeugdigen (circa 60% van het totaal) zich aanmelden voor zorg. In de lichamelijke gehandicaptensector (een relatief kleine subsector) hebben, net als vorig jaar, circa 2 100 personen een indicatie ontvangen.

Tenslotte is er voor de doelgroep zintuiglijk gehandicapten, evenals voorgaande jaren, niet echt sprake van een wachtlijst. Instellingen uit deze sector geven aan dat de wachttijd de benodigde doorlooptijd om personen in zorg te nemen benadert.

2. Om de transparantie in de hulpmiddelenzorg te bevorderen zouden in het kader van het project «Naar een functiegerichte verstrekking van hulpmiddelen» drie experimenten worden gedaan met de geprotocolleerde verstrekking van hulpmiddelen op basis van erkende richtlijnen. Het project is beëindigd wegens gebrek aan belangstelling bij de zorgverzekeraars. Alle door het CVZ in het Signaleringsrapport Hulpmiddelen 2004 (CIPI-code 3) gesignaleerde knelpunten zijn opgelost door aanpassing van de Regeling hulpmiddelen met ingang van 1 januari 2005. In het kader van het beleidsonderzoek hulpmiddelen van het CVZ zijn twee rapporten gepubliceerd (CIPI-code 3), namelijk een onderzoek naar de verstrekkingenpraktijk van personenalarmering en de afronding van de richtlijn «Doelmatige receptuur voor orthopedisch schoeisel». De monitor hulpmiddelen 2004 (CVZ) meldt een uitgavengroei voor het ziekenfonds van 10% in 2004, dit is boven de 9,5% toegestane groeimarge (CIPI-code 3). In de Monitor Hulpmiddelen 2004 van het CVZ is een tweede klanttevredenheidsmeting op diverse aspecten opgenomen met geringe verschillen ten opzichte van de nulmeting in 2001. Voor het Hulpmiddelenkompas (CVZ) (CIPI-code 3) zijn in 2004 drie nieuwe afleveringen gerealiseerd, te weten een kompas voor vernevelapparatuur, voor zuurstofapparatuur en voor loophulpmiddelen.
3. In het onder 2 genoemde project zou een in 2002 ontwikkeld indicatieprotocol voor een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling voor hulpmiddelenzorg worden getoetst. Omdat het project voortijdig is beëindigd, kon dit geen doorgang vinden. Een verdergaande deregulering van de Regeling hulpmiddelen, waarbij het indicatieprotocol de plaats zou innemen van de wettelijke indicatievoorwaarden, is daarmee voorlopig opgeschort. Het aantal verstrekkingengeschillen rond de hulpmiddelenvoorziening is in 2004 verder toegenomen. Top drie: orthesen en orthopedisch schoeisel, apparatuur voor informatie en communicatie en de sta-opstoelen.
4. Het effect van MEE is dat de cliënt de nodige individuele ondersteuning en advies krijgt over zorg en andere levensterreinen. Die ondersteuning en advies zijn niet geïndiceerd en onafhankelijk van het zorgaanbod. Het MEE traject is volop in ontwikkeling. Het jaar 2004 stond in het teken van de aanpassing van de subsidieregeling MEE. De nieuwe regeling is voltooid. Daarmee is een prestatiegerichte wijze van bekostiging ingevoerd en is de nieuwe taakverdeling tussen MEE-organisaties en zorgaanbieders een feit. MEE-organisaties bieden na 31 december 2004 geen geïndiceerde zorgtaken.

26.3.2 De rechtspositie van gehandicapten versterken

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Gelijke behandeling en participatie van mensen met een handicap of chronische ziekte.	Gedeeltelijk
2. Een toegankelijk internet voor mensen met een handicap.	Gedeeltelijk
3. Samenwerking tussen gehandicaptenzorg en onderwijs.	Gedeeltelijk
4. Afstemmen wonen, zorg en welzijn.	Gedeeltelijk
5. Kinderdagcentra toegankelijker maken voor kinderen met een handicap.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- Op 1 december 2003 is de wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) in werking getreden voor de terreinen arbeid en beroepsonderwijs. Tegelijkertijd met de wet is een voorlichtingscampagne gestart. Mensen met een handicap of chronische ziekte konden zich tot de Commissie Gelijke Behandeling wenden als zij zich onterecht ongelijk behandeld voelen. Er zijn in 2004 bij de CGB 58 verzoeken om een oordeel in behandeling genomen en dat heeft geresulteerd in 22 oordelen (zie verslag werkzaamheden en resultaten over 2004 met betrekking tot de invoering van de nieuwe wetgevingsgrond: handicap of chronische ziekte, CIPI-code 3). Om te beoordelen of de arbeidsparticipatie van mensen met een handicap of chronische ziekte «mede naar aanleiding van de versterking van hun rechtspositie» stijgt, dient de SCP-Rapportage Gehandicapten 2002 als basis. Op basis van een volgende rapportage in 2007 kan een inschatting van de effecten worden gemaakt.
In november 2003 is het Actieplan «Gelijke behandeling in de praktijk» naar de Tweede Kamer gezonden. In dit actieplan heeft het kabinet haar visie van «inclusief beleid» uitgewerkt. Om de uitwerking van deze visie in de samenleving te stimuleren is de Taskforce Handicap en Samenleving opgericht. Daarnaast bevat het plan maatregelen die de diverse ministeries zullen ondernemen om knelpunten weg te nemen die mensen met een handicap in de samenleving ervaren. Eveneens geeft het plan aan welke activiteiten het kabinet onderneemt om uitbreiding van de WGBH/CZ te bezien. De Taskforce is in 2004 gestart en heeft een werkplan gemaakt, waarop subsidie is verleend. De plannen zijn gepresenteerd op een persconferentie. De activiteiten in 2004 zijn voornamelijk het opbouwen van een gemeenschappelijk relatiernetwerk geweest.
- In 2004 is de regionale ambassadeurscampagne van Dremfels Weg afgesloten. In 2001 begon het project met 4 landelijke ambassadeurs; in 2004 is het aantal regionale ambassadeurs toegenomen tot bijna 40. De bekendheid van het project is daardoor enorm vergroot. In 2004 is het aantal intentieverklaarders (website eigenaren die bereid zijn hun website conform toegankelijkheidseisen (zoals de W3C) – standaard te bouwen) toegenomen tot 343. (Bron: www.dremfelsweg.nl) In 2003 was dit 302. Er zijn contacten gelegd tussen het projectteam Dremfels Weg en de Task Force Handicap en Samenleving met als doel de aanbieders van informatie bewust te maken van de noodzaak van een toegankelijk internet.
In 2004 hebben wij met BZK en EZ overleg gevoerd over internet-toegankelijkheid en inclusief beleid. Dit wordt in 2005 voortgezet. De bouwers van de website van VWS hebben het idee van internet-toegankelijkheid in 2004 actief uitgedragen. Wij ontvingen in 2004 als

eerste organisatie voor de website www.minvws.nl het waarmerk drempelvrij.nl; dit waarmerk wordt toegekend aan volledig toegankelijke sites.

3. De samenwerking tussen kinderdagcentra (KDC's) en scholen met als doel een grotere groep kinderen deel te laten nemen aan het onderwijs heeft geleid tot waardevolle informatie over onderwijszorg-arrangementen. De landelijke werkgroepen hebben voor de arrangementen producten ontwikkeld. De uiteindelijke deelname van de KDC-kinderen aan het onderwijs is ongeveer 400 (bron: producten landelijke werkgroepen samenwerkingsprojecten KDC's – cluster 3, CIPI code 3). In de praktijk blijkt dat kinderen op jongere leeftijd naar het onderwijs toegeleid worden. Kinderen met zwaardere en complexe problematiek worden met behulp van onderwijszorgarrangementen beter in het onderwijs opgevangen en hoeven daardoor niet naar het KDC. Sinds 1 augustus 2004 kan deze groep in aanmerking komen voor de arrangementen waarin zorg en onderwijs op elkaar zijn afgestemd (TK 2003–2004, 26 631 nr. 94). In hoeverre daadwerkelijk gebruik gemaakt wordt van de mogelijkheden om met een dubbele indicatie (indicatie voor AWBZ-zorg en indicatie voor speciaal onderwijs) onderwijs te volgen is nog onduidelijk, omdat de richtlijn nog maar enkele maanden functioneert.
4. Het genoemde aantal knelpunten op het gebied van extramuralisering is in 2004 met 4 teruggelopen van 41 tot 37. Het betreft hier de aanpassingen in de wet huursubsidies, de ambulante woonondersteuning in de zorg voor lichamelijk gehandicapten, de financiering van zorginfrastructuur en gemeenschappelijke ruimtes en het van kracht worden van de subsidieregeling diensten bij wonen met zorg van het CvZ. In 2005 zullen de instrumenten Wet Ziekenhuisvoorziening (WZV) en de Tijdelijke verstrekkingwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) opgaan in de nieuwe Wet toelating zorginstellingen (WTZi).
5. Ontwikkelen van zorgmodellen voor kinderen met ernstig meervoudige beperkingen zodat de KDC's verantwoorde zorg en opvang kunnen geven.
De zorgmodellen komen in 2005 beschikbaar, het onderzoek verliep in 2004 volgens planning. Er is inmiddels één experimenteel KDC, de Twinkeling in Horst (van de Stichting de Wendel) in gebruik genomen.

Aanvullende beleidsprestatie:

Ten behoeve van monitoring en evaluatie van de meerkostenproblematiek, zorg en maatschappelijke participatie is conform toezegging aan de Tweede Kamer (TK, 2003–2004 29 200 XV nr. 14) gestart met de uitbreiding van het Patiënten panel Chronisch Zieken (PPCZ) met een gehandicaptenpanel. Dit Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) zal in nauwe samenwerking van het NIVEL met het Sociaal Cultureel Planbureau in het voorjaar 2005 zijn samengesteld.

26.3.3 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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Eind 2004 wonen 1000 cliënten, die dit als voorkeur hebben aangegeven, méér buiten het instellingsterrein dan eind 2003.	Ja
2. In 2004 is de hoeveelheid dagbesteding in de gehandicaptenzorg die aangeboden wordt buiten het instellingsterrein gestegen tot ruim 31% van de totale dagbesteding. (beleidsprestatie in de begroting 2004: 30%) Bron: monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg van het College Bouw (CIPI code 3).	Ja
3. In 2006 zijn kleinschaligere voorzieningen ontwikkeld voor cliënten die nu nog vaak in zeer grootschalige voorzieningen wonen.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- Van 2003 tot en met 2006 willen we aan minimaal 1000 cliënten per jaar de mogelijkheid kunnen bieden om kleinschalig buiten het instellingsterrein te gaan wonen.

Medio 2004 is het totale aantal plaatsen in de regeling kleinschalige woonvoorzieningen op 4260 gekomen (bron: toelatingsregistratie). Het gaat hier om zowel nieuwe plaatsen in het kader van de wachtlijstbestrijding, als om vervanging van grootschalige plaatsen én om plaatsen die al wel kleinschalig waren maar nog niet als zodanig waren aangemeld.

Naar schatting betreffen hiervan ca 1200/1300 plaatsen een nieuwe plaats voor een cliënt die voorheen grootschalig woonde. De regeling kleinschalig wonen bestaat sinds medio 2002.

Vanuit deze regeling is er sprake van ca. 600 plaatsen per jaar. Daarnaast werden in 2004 ca. 2000 gedeconcentreerde plaatsen via de WZV of de TVWMD goedgekeurd. Naast wachtlijstplaatsen en vervanging van andere gedeconcentreerde voorzieningen hebben hiervan ca. 500 plaatsen betrekking op de vervanging van grootschalige plaatsen door kleinschalige in de wijk.

Hierdoor komt het totaal voor 2004 op 600+500 = 1100 plaatsen. Waarmee geconcludeerd kan worden dat we de doelstelling gehaald hebben.

Hierin is dan nog niet meegekomen een onbekend aantal waarin wel het aanbod gedaan is, maar waarbij cliënten geen gebruik van het aanbod hebben gemaakt.
- In 2004 is de hoeveelheid dagbesteding in de gehandicaptenzorg die aangeboden wordt buiten het instellingsterrein gestegen tot ruim 31% van de totale dagbesteding. Bron: monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg van het College Bouw (CIPI code 3).
- In 2004 is in dit kader de eerste stap gezet met het gereedkomen van het Buurtschap-concept.

26.3.4 Kwaliteitstoetsing en -verbetering stimuleren vanuit cliëntperspectief

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Goede informatie over hulpmiddelen. 2. Een gezamenlijk kwaliteitsbeleid in de caresector.	Gedeeltelijk Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Keuzeondersteunende informatie voor gebruikers van hoorhulpmiddelen is gerealiseerd met de website www.hoorwijzer.nl. Verder is in 2004 een start gemaakt met de ontwikkeling van een soortgelijk product voor personenalarmering.
2. Ter voorbereiding voor het programma «Zorg voor Beter» (kwaliteitsprogramma voor gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg) zijn de volgende zaken gerealiseerd:
 - opzet van het programma «Zorg voor Beter»;
 - een inventarisatie van «best practices»;
 - een studie naar passende strategieën om «best practices» in de care te verspreiden;
 - de voorbereidingen voor een ZonMw programma gericht op implementatie van «best practices»;
 - de website www.zorgvoorbeter.nl ter ondersteuning van het programma;

Het programma gaat in januari 2005 van start.

BELEIDSARTIKEL 27: VERPLEGING, VERZORGING EN OUDEREN

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 belangrijkste resultaten in 2004:

- In 2004 is een convenant afgesloten met zorgaanbieders. (dit is beschreven in de paragraaf beleidsprioriteiten).
- Modernisering en houdbaarheid van de AWBZ en de voorbereiding van de invoering van de WMO (eveneens beschreven in de paragraaf beleidsprioriteiten).

27.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	32 925	23 989	19 664	29 649	- 9 985
Uitgaven	35 174	22 244	19 451	30 485	- 11 034
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>32 062</i>	<i>18 999</i>	<i>16 208</i>	<i>27 281</i>	<i>- 11 073</i>
Tijdigheid en toegankelijkheid	4 070	2 455	2 691	6 681	- 3 990
Passendheid en keuzevrijheid	8 055	3 581	3 911	9 663	- 5 752
Samenwerking mantel- en professionele zorg	4 922	5 104	4 902	4 566	336
Kwaliteit	1 653	2 084	1 739	1 649	90
Doelmatigheid	9 053	4 465	1 711	3 092	- 1 381
Coördinatie en communicatie ouderenbeleid	4 309	1 310	1 254	1 630	- 376
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>3 112</i>	<i>3 245</i>	<i>3 243</i>	<i>3 204</i>	<i>39</i>
Ontvangsten	3 256	810	1 273	0	1 273

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Algemeen

De totale programma uitgaven waren in 2004 € 11,1 miljoen lager dan begroot. In 2004 heeft een groot aantal mutaties plaatsgevonden in de beschikbare begrotingsmiddelen. In eerste en tweede suppletore wet zijn per saldo de beschikbare begrotingsmiddelen met € 7,7 miljoen verlaagd. Dit verklaart een groot deel van het verschil tussen begroting en realisatie. In het hiernavolgende worden per operationele doelstelling de belangrijkste verschillen tussen begroting en realisatie toegelicht.

Tijdigheid en toegankelijkheid

Ten opzichte van de oorspronkelijke begroting is € 4,0 miljoen minder uitgegeven. Bij de eerste suppletore wet zijn de begrotingsmiddelen verlaagd met € 2,0 miljoen in verband met de subsidietaakstelling. In de tweede suppletore wet is een onderuitputting van ruim € 0,8 miljoen gemeld. Ook na de tweede suppletore wet heeft nog enige onderuitputting plaatsgevonden waarvan de onderuitputting op de wachtlijstaanpak de grootste is (€ 0,4 miljoen). Deze onderuitputting heeft geen gevolgen voor latere jaren.

Bij slotwet zal € 0,5 miljoen worden overgeboekt naar de premiemiddelen in verband met uitvoering van een wachtlijstmeting door het CVZ.

Passendheid en keuzevrijheid

Ten opzichte van de oorspronkelijke begroting is € 5,8 miljoen minder uitgegeven. Het merendeel hiervan wordt verklaard door een eenmalige onderuitputting als gevolg van een lagere betaling aan het ministerie van VROM in verband met de woonzorgstimuleringsregeling (€ 5,2 miljoen lager). Deze mutatie was al opgenomen in de eerste suppletore wet. Bij slotwet zal € 0,4 miljoen worden overgeboekt naar het SCP in verband met de uitvoering van een onderzoek naar wonen, zorg en welzijn.

Doelmatigheid

Ten opzichte van de begroting zijn de uitgaven ongeveer € 1,4 miljoen lager. Bij eerste en tweede suppletore wet waren de beschikbare begrotingsbedragen al verlaagd met ruim € 1,3 miljoen in verband met onder andere de subsidietaakstelling en onderuitputting.

Ontvangsten

De ontvangsten bedragen € 1,3 miljoen terwijl oorspronkelijk geen ontvangsten waren begroot. Bij de tweede suppletore wet was de ontvangstenraming al bijgesteld tot € 1,2 miljoen. De ontvangsten betreffen met name bedragen die terugontvangen zijn op basis van creditfacturen, of op basis van definitieve subsidievaststellingen over voorgaande jaren.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen Uitgavenontwikkeling artikel 27

	Uitgaven 2002	volume	nomi- naal	tech- nisch	2003	volume	nomi- naal	tech- nisch	2004
	10 059,0	673,9	324,4	- 180,9	10 876,6	178,8	206,7	- 0,4	11 261,7
Uitsplitsing volumemutatie					2003	2004			
- arbeidsmarkt en werkdruk					8,6	9,8			
- wachtlijsten/productie					645,6	426,7			
- overig					19,7	- 257,7			
Totaal					673,9	178,8			

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2002 en 2003 respectievelijk tussen 2003 en 2004 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen en de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw in de verschillende deelsectoren. De volumeontwikkeling in 2003 (€ 673,9

miljoen) bestaat voor het grootste deel uit extra middelen die beschikbaar zijn gesteld om wachtlijsten te reduceren (€ 645,6 miljoen).

Onderdeel van dit bedrag vormt een bedrag van € 150 miljoen voor persoonsgebonden budgetten (pgb's) nieuwe stijl, die in 2003 in eerste instantie nog op dit artikel werden geboekt.

De mutatie voor arbeidsmarkt en werkdruk (€ 8,6 miljoen) bestaat voor het grootste deel uit een bedrag dat beschikbaar is gesteld om negatieve inkomenseffecten voor de alfa-hulpen te compenseren, die zijn opgetreden na de invoering van het nieuwe belastingsstelsel.

De technische mutatie in 2003 (€ 180,9 miljoen) is hoofdzakelijk toe te schrijven aan de overheveling van de middelen voor PGB's naar artikel 25. Deze overheveling vond plaats nadat de volumemutatie voor de PGB's is geboekt.

De volumeontwikkeling in 2004 (€ 178,8 miljoen) is een saldopost van extra middelen die beschikbaar zijn gesteld om wachtlijsten te reduceren (€ 426,7 miljoen) en middelen voor zorgvernieuwing en overige bestedingsafspraken die vanaf 1 januari 2004 slechts gedeeltelijk of niet langer beschikbaar zijn gesteld. Deze middelen vormen het grootste deel van de – € 257,7 miljoen die weergegeven is onder de post «overig».

De mutatie voor arbeidsmarkt en werkdruk (€ 9,8 miljoen) bestaat voor het grootste deel uit een bedrag dat beschikbaar is gesteld om negatieve inkomenseffecten voor de alfa-hulpen te compenseren.

Sectoren	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Vershil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Vershil 2004
Verpleeghuizen	4 545,5	4 603,7	58,2	4 342,2	4 704,8	362,6
Verzorgingshuizen	3 403,1	3 396,9	- 6,2	3 480,6	3 592,5	111,9
Thuiszorg	2 793,8	2 792,6	- 1,2	2 227,3	2 837,3	610,0
Persoonsgebonden budgetten	424,9	0,0	- 424,9	249,2	0,0	- 249,2
Subsidieregelingen V&V-sector	93,6	83,3	- 10,3	67,6	127,0	59,4
Groeiruimte verpleging en verzorging	0,0	0,0	0,0	1 226,8	0,0	1 226,8
TOTAAL	11 261,0	10 876,6	- 384,4	11 593,8	11 261,7	- 332,1
Uitsplitsing verschil		Nominaal	- 8,3		Nominaal	122,9
		Volume	18,4		Volume	- 91,7
		Technisch/ statistisch	- 394,5		Technisch/ statistisch	- 363,3
		Totaal	- 384,4		Totaal	- 332,1

Toelichting op de definitieve uitgaven 2003

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2003 sinds het Jaarbeeld Zorg 2003.

De lagere ontwikkeling voor nominaal in 2003 (- € 8,3 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

Het hogere bedrag van € 18,4 miljoen voor volume is het saldo van diverse bijstellingen op basis van het CTG en het CAK (bovenbudgettaire vergoedingen). Daarnaast is er een kleine vertraging opgetreden bij de uitbreidingsbouw.

De technische mutatie (- € 394,5 miljoen) betreft de overboeking van de uitgaven voor de PGB's naar artikel 25 («AWBZ-brede zorg»).

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2004

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds de Begroting 2004.

De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 122,9 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

Het lagere bedrag aan volume (- € 91,7 miljoen) betreft een saldo van meer- en minderuitgaven voor productie, voor zorgvernieuwing en voor subsidies. De mutatie in de subsidieregelingen V&V (€ 59,4 miljoen) wordt voor het grootste deel verklaard (€ 50 miljoen) voor de middelen die beschikbaar gesteld zijn voor de subsidieregeling diensten bij wonen met zorg. Van deze € 50 miljoen is een bedrag van € 31 miljoen afkomstig van de zogenaamde reikwijdtemiddelen die voorheen onderdeel uitmaakten van de uitgaven voor de verzorgingshuizen. De resterende € 19 miljoen is afkomstig uit de groeirimte voor de sector verpleging en verzorging.

De voor de sector verpleging en verzorging ad € 1 226,8 miljoen is benut voor de gerealiseerde productiegroei in de AWBZ (voor de verpleeghuizen, de verzorgingshuizen en de thuiszorg weergegeven op de eerste drie regels uit bovenstaande tabel).

De technische mutatie (– € 363,3 miljoen) betreft voor het grootste deel de overboeking van de uitgaven voor de PGB's naar artikel 25 («AWBZ-brede zorg»)

27.3 Operationele doelstellingen

27.3.1 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.

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De productie in de ouderenzorg is gestegen met 5,9%, als gevolg van de extra beschikbaar gestelde middelen en de geplande volumebouw.	Ja
2. Wij zullen zorgkantoorregio's faciliteren door middel van het opstellen van een prognose (beeld van aanpak) van de te verwachten vraag naar zorg. Op basis van het beeld van aanpak hebben 10 regio een plan van aanpak opgesteld voor (een deel van) de regio.	Gedeeltelijk

* Door het verdwijnen van de grenzen in de AWBZ is het niet meer goed mogelijk de werkelijke productiestijging voor de sector verpleging, verzorging en ouderen alleen te bepalen. Voor de AWBZ in het geheel geldt dat het totale productieniveau boven het productieniveau ligt dat volgens de begroting 2004 werd verwacht.

Toelichting:

1. De gemiddelde productiestijging voor 2004 in de AWBZ zou volgens de begroting 2004 uitkomen op 4,6%. Het productieniveau zou volgens de voorlopige realisatie nog 2,4% daarboven uitkomen.

2. Wij hebben alle regio's van een prognose voorzien. Niet alle aandacht-regio's (waren er uiteindelijk 6) hebben een plan van aanpak opgesteld. Gebleken is dat de regionale sleutelorganisaties veel tijd nodig hebben om tot onderlinge resultaat afspraken te komen. 3 regio's zijn inmiddels klaar, 2 nog niet en 1 regio is afgefallen. De regionale aanpak heeft inzicht gegeven in het regionale krachtenveld ten aanzien van de planning van productie op terrein van wonen-zorg en welzijn. De aanpak heeft bijgedragen aan de regionale bewustwording van een omvangrijk probleem waar partners een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben.

27.3.2 Keuzemogelijkheden bevorderen voor wonen, zorg en dienstverlening voor mensen op basis van hun indicatie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Aantal kleinschalige woonvormen: 105 (als indexcijfer van het jaar 2003).	Onbekend
2. Aantal stand-alonewijksteunpunten: 105 (als indexcijfer van het jaar 2003).	Onbekend
3. Aantal gemeenten waar een ouderenadviseur aanwezig is: 60% (in percentage van het totaal aantal gemeenten). (Zie hiervoor ook punt 4).	Ja
4. Het subsidiëren van een programma voor ondersteuning en begeleiding van vrijwillige ouderenadviseurs, om te bevorderen dat er meer ouderenadviseurs komen (zie hiervoor ook punt 3).	Ja
5. Het samen met het ministerie van VROM uitvoeren van communicatieactiviteiten, die bedoeld zijn om voldoende en gevarieerde arrangementen tot stand te brengen.	Ja
6. Het starten van een meerjarig onderzoek naar kleinschalige woonvormen, om beter inzicht te krijgen in deze vorm van beschermd wonen.	Ja

Toelichting:

1. en 2. In de begroting hebben we getracht de doelstellingen zo concreet mogelijk te formuleren. De opbouw van het cijfermateriaal is echter nog in volle omvang bezig, waardoor de feitelijke ontwikkeling nog niet in kaart kan worden gebracht.
3. en 4. In 2002 bleek ca 60% van de welzijnsinstellingen te beschikken over minstens één ouderenadviseur. Er is geen landelijke monitor van gemeentelijk beleid op dit gebied maar veel gemeenten werken aan loketten volgens de vraagwijzerfilosofie en daarmee samenhangende ouderenadvisering. Het stimuleringsprogramma wordt in 2005 afgerond. Het gemeentelijk beleid wordt in het kader van de WMO verder ontwikkeld.

27.3.3 Samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg verbeteren

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 2004 wordt ernaar gestreefd de bestaande wachtlijst voor intramurale respijtzorg (ontlasting van de mantelzorg door bijvoorbeeld tijdelijke opname) van 6 000 personen weg te werken.	Onbekend
2. De monitor voor de Steunpunten Mantelzorg en de Coördinatiepunten Vrijwillige Thuiszorg is afgerond.	Ja
3. Overleggen over de manier waarop in de opleidingen van professionals aandacht kan worden besteed aan mantelzorgers en aan de samenwerking met hen.	Ja

Toelichting:

1. Er is door Arcares in 2004 een brochure voor haar leden opgesteld waarin onder meer wordt ingegaan op de behoefte van mantelzorgers aan respijtzorg. Op dit moment zijn echter de gegevens van de peiling van de wachtlijsten nog niet beschikbaar, zodat geen uitspraak kan worden gedaan over de mate waarin deze doelstelling is gerealiseerd.
3. In 2004 is veel aandacht besteed aan de afstemming van het professioneel handelen op dat van de mantelzorg. Zo is in overleg met onder andere het OVDB gezien op welke wijze de mantelzorg beter tot zijn recht kan komen in de te wijzigen beroepscompetentieprofielen. Verder is onderzoek verricht naar de wijze waarop in de opleidingen aandacht wordt besteed aan de rol van de mantelzorg; op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan dit onderzoek. Op basis van dit onderzoek zal – zo nodig – in overleg met onderwijsorganisaties worden gezien hoe een meer gestructureerde aandacht aan mantelzorg in de opleidingen kan worden bewerkstelligd.

27.3.4 Stimuleren dat de kwaliteit van zorg en dienstverlening aansluit bij de behoeften van de cliënt en bij de professionele standaards van deskundigheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het treffen van voorbereidingen voor het herzien van het wettelijk kader dat rechtsbescherming biedt bij de toepassing van vrijheidsbeperkingen voor de psychogeriatric (en de verstandelijke gehandicaptenzorg).	Ja
2. Het Landelijk Zorgprogramma Dementie (LZD), dat vanuit het cliëntenperspectief beschrijft welke problemen het meest voorkomen in diverse stadia van dementie en welke interventies daarop zijn toe te passen, is vastgesteld.	Ja
3. Het LZD is in enkele pilotregio's ingevoerd.	Ja
4. In 2004 dient in elke regio van de Wet ziekenhuisvoorzieningen één of meer netwerken palliatieve zorg te zijn gerealiseerd (blijkend uit de monitor voor netwerken palliatieve zorg).	Ja

Toelichting:

1. Het project dat de rechtspositie van mensen met dementie of een verstandelijke handicap wil verbeteren door wijziging van de Wet Bopz loopt volgens schema. In 2004 zijn de contouren van de nieuwe regeling opgezet en besproken met alle veldpartijen. Met die input wordt begin 2005 de beleidsbrief voor de Tweede Kamer gemaakt.

2. en 3. Bij brief van 13 december 2004 (TK 2004–2005, 25 424, nr. 59) hebben we de Tweede Kamer het Landelijk Dementie Programma aangeboden. Dit programma is in het kader van zijn ontwikkeling in twee regio's uitgetoetst (Groningen en Nijmegen). Deze try outs zijn succesvol gebleken, hetgeen ertoe heeft geleid het dementieprogramma in zijn huidige vorm uit te brengen. Partijen in het veld (professionals, aanbieders van zorg, ondersteuning, wonen, gemeenten, verzekeraars o.a.) hebben zich enthousiast getoond over de mogelijkheden om op basis van het programma verbetering te brengen in de zorg voor mensen met dementie en in de daarvoor noodzakelijke samenhang tussen het diverse aanbod.

27.3.5 Doelmatigheid van zorg- en dienstverlening in de sector Verpleging en Verzorging verbeteren

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het uitwerken van een opzet van het bedrijfsvoeringssysteem, waarmee benchmarkgegevens uit de instellingsinformatie kunnen worden gegenereerd.	Ja
2. De instellingen in de sector Verpleging en Verzorging gebruik laten maken van een nieuw verantwoordingsdocument, zodat de verantwoording vereenvoudigd en gebundeld kan plaatsvinden. Dit moet leiden tot een vermindering van de administratieve lasten, omdat instellingen minder verantwoordingsdocumenten hoeven bij te houden.	Ja

27.3.6 Maatschappelijke participatie van ouderen bevorderen en het intersectorale ouderenbeleid coördineren en erover communiceren

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De strategische verkenning voor het beleid voor ouderen op korte termijn (tot 2010) met een doorkijk naar het beleid tot 2030 is afgerond.	Gedeeltelijk
2. Het in overeenstemming brengen van de criteria voor subsidiering van de ouderenbonden met het nieuwe subsidiebeleid van VWS.	Gedeeltelijk
3. Het bevorderen van informatie-uitwisseling onder andere door het inzetten van een participatiemonitor, waarmee beleid en beleids-effecten in kaart worden gebracht.	Gedeeltelijk
4. Ten opzichte van de nulmeting in december 2003 is het gevoel van urgentie, dat middels een enquête eind 2004 is gemeten, met 10% toegenomen.	Onbekend
5. Het inzetten van voorlichtings- en communicatie-instrumenten om de bewustwording bij burgers omtrent de vergrijzing in de samenleving te vergroten.	Gedeeltelijk

Toelichting:

- De beleidsverkenning is uitgevoerd. In 2004 zijn de eindrapportages van vier onderzoeken naar de Tweede Kamer gezonden. De voorbereiding van de kabinetsvisie op basis van de resultaten van de verkenning is eind 2004 nog in volle gang.
- Het Fonds PGO is in 2004 begonnen met de ontwikkeling van een voorstel tot functiefinanciering van organisaties van patiënten en consumenten. De subsidiëring van de ouderenbonden wordt daarin

- meegenomen. In verband met de nieuwe subsidiesystematiek zijn de structurele subsidierelaties met het Comité Nationale Dag van de Ouderen en het Nederlands Platform Ouderen en Europa beëindigd.
3. De participatiemonitor is niet ingezet omdat in 2004 nog werd gewerkt aan de kabinetsvisie die ten grondslag moet liggen aan deze monitor.
 4. De nulmeting is medio 2004 uitgevoerd.
 5. De inzet van voorlichtings- en communicatie-instrumenten hangt samen met de afronding van de kabinetsvisie en heeft daarom in 2004 nog niet plaatsgevonden. Wel is in het kader van de visieontwikkeling drie keer een Nieuwsbrief uitgebracht om veldpartijen te informeren over de stand van zaken.

28.1 Algemene beleidsdoelstelling**Het zelfstandig functioneren van gehandicapten en ouderen bevorderen door voorzieningen te bieden op het gebied van wonen en vervoer**

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Wij streven ernaar dat de cliënttevredenheid 85% of hoger is.	Gedeeltelijk

Toelichting:

In maart 2002 is het Wvg-protocol afgesloten met de VNG en cliëntenorganisaties. Het doel van het protocol was om een aantal knelpunten bij de uitvoering van de Wvg op te lossen. De implementatie en werking van het protocol zijn geëvalueerd met de monitor Wvg-protocol. Hoewel dit onderzoek geen onderzoek was naar cliënttevredenheid, geeft het wel een indicatie van de tevredenheid van cliënten over de uitvoering van de Wvg. Uit deze monitor bleek dat circa 90 procent van de cliënten die een voorziening hebben gekregen, vindt dat hun een goede voorziening is geboden. Verder geeft 68% van de ondervraagde cliënten aan dat ze voldoende op de hoogte zijn van de Wvg.

De uitkomsten van de monitor zijn betrokken bij de gedachtevorming over de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In de brief van 23 april 2004 (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 538, nr. 1) hebben we de contouren van deze wet geschetst. In het licht van de WMO is het protocol opnieuw bezien. We hebben daarbij geconcludeerd dat het Wvg-protocol niet meer past in de decentralisatie van verantwoordelijkheden binnen de Wmo. In bovengenoemde brief is daarom aangekondigd het voorstel tot wijziging van de Wvg in te trekken. Dit voorstel zou het mogelijk maken het Wvg-protocol eventueel in een AMvB vast te leggen. De doelstelling van het Wvg-protocol, een betere dienstverlening aan burgers, willen we met de Wmo langs andere weg bereiken (zie de brief van 23 april 2004).

Daarnaast hebben er in 2004 een aantal wijzigingen bij het bovenregionaal plaatsgevonden. Bovenregionaal vervoer is vervoer waarbij de eindbestemming verder ligt dan vijf openbaar vervoer zones vanaf het woonadres. Sinds 1 april 2004 wordt dit vervoer onder de naam Valys verzorgd door Transvision. In het huidige systeem krijgen mensen een persoonlijk kilometerbudget (pkb) met een maximaal aantal taxikilometers per jaar. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen een standaard en een hoog pkb (in 2004 respectievelijk 450 en 900 kilometer per jaar). Het individueel aantal taxikilometers is voor mensen met een standaard pkb bedoeld als aanvulling op het openbaar vervoer; voor mensen met een hoog pkb komt het in plaats van het vervoer per trein. Op 22 december 2004 hebben we een brief naar de Tweede Kamer verstuurd (TK 2004- 2005, 25 847 en 29 800 XVI, nr 31) over de evaluatie van de werking en effecten van het huidige systeem en de maatregelen voor 2005. Uit deze evaluatie blijkt dat het merendeel van de (actieve) pashouders tevreden is over de kwaliteit van de dienstverlening en het vervoer. De kritiek richt zich met name op de hoogte van de pkb's en de mogelijkheden voor toelating tot het verkrijgen van een hoog pkb. Naar aanleiding van de evaluatie is een aantal wijzigingen toegezegd waaronder het verhogen van de persoonlijke

kilometerbudgetten in 2005 tot 750 kilometer voor mensen met een standaard pkb en 2250 kilometer voor mensen met een hoog pkb.

28.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	51 526	69 262	85 258	63 253	22005
Uitgaven	60 828	74 308	80 417	63 480	16 937
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>60 828</i>	<i>74 112</i>	<i>80 163</i>	<i>63 135</i>	<i>17 028</i>
Maatschappelijke participatie ouderen en gehandicapten	60 828	74 112	80 163	63 135	17 028
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>60 828</i>	<i>74 112</i>	<i>80 163</i>	<i>63 135</i>	<i>17 028</i>
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>0</i>	<i>196</i>	<i>254</i>	<i>345</i>	<i>- 91</i>
Ontvangsten	631	828	7 932	0	7 932

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

De programma-uitgaven in 2004 zijn € 17,0 miljoen hoger uitgekomen dan bij de begroting was voorzien. Dit wordt vooral veroorzaakt door hogere uitgaven voor de dure woningaanpassingen (+ € 15,2 miljoen). Bij eerste en tweede suppletore wet is daarom het oorspronkelijk begrote bedrag van € 14,6 miljoen opgehoogd naar € 31,9 miljoen. In totaal is er in 2004 voor 767 woningaanpassingen een (aanvullende) vergoeding verstrekt¹. Naast het aantal gedeclareerde woningaanpassingen nemen ook de kosten per aanpassing toe.

Daarnaast zijn de uitgaven voor het sociaal vervoer en subsidies en overigen iets hoger uitgekomen dan was begroot. Bij het sociaal vervoer worden de hogere uitgaven veroorzaakt door indexering van de vergoeding aan gemeenten. Bij tweede suppletore wet is aan de middelen voor het sociaal vervoer en de subsidies en overige uitgaven in totaal € 1,4 miljoen toegevoegd.

De uitgaven voor het bovenregionaal vervoer lijken overeen te komen met de begrote € 26,0 miljoen. In de uitgaven van 2004 is echter een post opgenomen van € 7,6 miljoen die verband houdt met een afrekening van een in 2003 verleend voorschot aan Connexxion. Om boekhoudkundige redenen zijn zowel de uitgaven als de ontvangsten met € 7,6 miljoen verhoogd, zonder dat een feitelijke betaling heeft plaatsgevonden. Zowel het uitgaven- als het ontvangstenbudget is hiertoe bij eerste suppletore wet verhoogd. Hiermee rekening houdend is in 2004 op het budget voor bovenregionaal vervoer feitelijk een onderuitputting opgetreden van € 7,5 miljoen. De oorzaak hiervan is voornamelijk gelegen in het feit dat pashouders de hun toegewezen taxikilometers niet (volledig) hebben opgemaakt.

¹ Dit aantal kan niet vergeleken worden met het aantal aanpassingen in 2003 (601 aanpassingen). Het aantal aanpassingen in 2003 heeft betrekking op het aantal voorzieningen waarvoor een forfaitaire tegemoetkoming in de uitvoeringskosten is betaald. In het aantal woonvoorzieningen 2004 zijn ook woonvoorzieningen opgenomen waarvoor een aanvulling op een eerder verstrekt voorschot is betaald.

Ontvangsten

Zie hetgeen hiervoor is vermeld onder de uitgaven over de «bruto boeking» van € 7,6 miljoen.

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het contract voor het bovenregionaal vervoer vanaf 1 april 2004 wordt aanbesteed.	Ja
2. Aan de hand van de bevindingen van de monitor Wvg-protocol wordt in 2004 besloten of er een AMvB komt.	Ja

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

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- het ziekteverzuim en de WAO-instroom zijn verder gedaald
- de vacaturegraad in de zorg en welzijnssector is afgenomen
- 2680 gesubsidieerde banen zijn (vanuit 2003 èn 2004) omgezet in reguliere banen

Tabel 29.1 Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

	Zorg en Welzijn				Nederland			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Fte's*	663 400	689 900	717 800	729 200	5 780 000	5 753 800	5 690 700	5 593 000
Aantal banen van werknemers*	996 000	1 050 000	1 107 000	1 127 000	7 460 000	7 507 000	7 469 000	7 360 000
Vacatures (% banen van werknemers)*	2,2%	1,8%	1,3%	1,2%	2,3%	1,5%	1,1%	1,5%
Ziekteverzuim (% excl. zwangerschap)**	6,9%	5,9%	5,2%	5,0%	5,1%	5,0%	4,1%	n.n.b.pm
Instroomkans WAO***	1,9%	1,7%	1,1%	0,9%	1,5%	1,3%	1,0%	0,9%pm
Uitstroomkans WAO***	9,1%	10,2%	11,1%	10,5%	9,3%	9,3%	9,5%	9,3%pm

Bron: CBS, Vernet, UWV (CIPI 1)

* CBS, kwartaalcijfers 3e kwartaal, de jaren 2002, 2003 en 2004 zijn voorlopige cijfers.

** Vernet (Zorg en Welzijn) en CBS (Nederland). In verband met een nieuwe meetmethode door het CBS zijn de ziekteverzuimcijfers van het 3^e kwartaal en verdere kwartalen nog niet beschikbaar. Om toch te kunnen bepalen of de doelstelling ten aanzien van het ziekteverzuim is gerealiseerd, is voor alle jaren bij Zorg en Welzijn gekozen voor de ziekteverzuimcijfers van Vernet.

*** UWV, jaarcijfers, in 2004 zijn het voorlopige cijfers.

Tabel 29.1 laat zien dat de arbeidsmarkt in de zorg en welzijnssector op dit moment tot rust is gekomen. Het ziekteverzuim en de WAO-instroom zijn beiden in 2004 verder gedaald en de WAO-uitstroomkans is afgenomen. Ook de vacaturegraad is in de zorg en welzijnssector in het derde kwartaal van 2004 ten opzichte van dezelfde periode in 2003 nog verder gedaald, terwijl deze in dezelfde periode in Nederland als geheel is toegenomen. Hoewel het aantal banen en fte's in zorg en welzijn in tegenstelling tot Nederland als geheel in het derde kwartaal van 2004 ten opzichte van dezelfde periode in 2003 nog steeds toenam, is het tempo waarin de werkgelegenheid in de zorg en welzijnssector groeide in 2004 afgenomen.

29.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	203 279	132 534	51 051	149 481	- 98 430
Uitgaven	222 452	197 252	166 333	159 115	7 218
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>218 997</i>	<i>194 133</i>	<i>163 107</i>	<i>155 294</i>	<i>7 813</i>
Terugdringen personeelstekorten	218 997	194 133	162 510	125 294	37 216
Regulier maken gesubsidieerde banen	0	0	597	30 000	- 29 403
Apparaatsuitgaven	3 455	3 119	3 226	3 821	- 595
Ontvangsten	7 154	8 131	151	28	123

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Het negatieve verschil van de verplichtingen ad. € 98,4 miljoen is vooral van technische- en administratieve aard en hangt samen met de kortingen op de sectorfondsen en vervolgens de beëindiging van de structurele subsidierelatie met de sectorfondsen.

Het positieve verschil van de uitgaven ad. € 37,2 miljoen wordt met betrekking tot het terugdringen van de personeelstekorten veroorzaakt doordat de betaling van de getemporeerde middelen ad € 17,2 miljoen van de sectorfondsen welke begroot was voor 2005 alsnog in 2004 tot betaling is gekomen. Daarnaast wordt het positieve verschil veroorzaakt doordat in 2004 in verband met de beëindiging van de subsidierelatie voor de afkoop van de sectorfondsen een bedrag van € 20 miljoen beschikbaar is gesteld.

Het negatieve verschil van de uitgaven ad. € 29,4 miljoen met betrekking tot het regulier maken van gesubsidieerde banen wordt grotendeels veroorzaakt doordat € 13 miljoen bij VWS is afgeboekt en toegevoegd is aan de SZW-regeling welke VWS voor haar sectoren heeft aangevuld. Doordat deze regeling een half jaar langer doorliep is de VWS-regeling een half jaar later van start gegaan. Hierdoor is bij VWS een onderuitputting ontstaan van ca. € 15 miljoen. Daarnaast is € 1,4 miljoen overgeboekt ten behoeve van het regulier maken van gesubsidieerde banen in de Sport.

Het negatieve verschil van de apparaatsuitgaven wordt veroorzaakt doordat voor de oprichting van de Zorgautoriteit medio 2004 extra middelen zijn toegekend. Een deel van de verwachte uitgaven in 2004 zijn verplaatst naar 2005.

29.3 Operationele doelstellingen

29.3.1 De (voor de komende jaren) verwachte personeelstekorten in de VWS-sectoren terug te dringen tot het niveau van de gebruikelijke fricties op de arbeidsmarkt

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Verlaging van het ziekteverzuim zorg en welzijn naar 6,5%.	Ja
2. Verlaging WAO-instroom zorg en welzijn naar 1,6%.	Ja
3. Instroom in de opleidingen voor VenV-personeel van 25 900 personen.	Ja
4. Het terugbrengen van het netto-verloop van VenV-personeel tot 3,6%.	Ja

Bron: Vernet, UWV en Prismant (CIPI 1)

Toelichting:

In 2004 is het arbeidsmarktbeleid via de sectorfondsen gereduceerd en met ingang van 1 januari 2005 wordt de subsidierelatie beëindigd.

Het ziekteverzuim is in 2004 verder gedaald tot 5,0%. De WAO-instroomkans in de zorg en welzijnsector is verder gedaald tot 0,9% en is nu gelijk aan de WAO-instroomkans van Nederland als geheel. De instroom in de opleidingen voor VenV-personeel is in 2004 ten opzichte van 2003 afgenomen met 3%. Dit is vooral een gevolg van de afname van de BBL-opleidingen. Instellingen trekken in de huidige ruime arbeidsmarkt minder leerlingen aan. Deze afname wordt echter bijna volledig gecompenseerd door een toename van de BOL-opleidingen. Met een instroom van 28 107 leerlingen in 2004 is de doelstelling daarom wel gehaald. Het netto-verloop van VenV-personeel in 2004 is net als in 2003 3,3%.

29.3.2 Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg en welzijnssector

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg en welzijnssector.	Ja

Toelichting:

1. In de begroting 2004 is gemeld dat de operationele doelstelling van de verhoging van de arbeidsproductiviteit nog geconcretiseerd wordt. Bij de uitvoering van het beleid is er voor gekozen om het thema in vier fases aan te pakken: analyse, agenderen, het opsporen van goede voorbeelden en het stimuleren en verspreiden van goede voorbeelden. Zo heeft in eerste instantie een nadere analyse van de thematiek plaatsgevonden en is vooralsnog gericht op agenderen van het onderwerp. Dit zal nog doorlopen in 2005. In 2004 is aandacht besteed aan de eerste twee clusters. Op dit moment is een aantal onderzoeken in volle gang of vrijwel afgerond. Zo is Prismant bezig met een onderzoek naar de meting van arbeidsproductiviteit, APE doet een onderzoek naar beleidsreacties in andere Europese landen en SEO/Plexus zijn recent een zorgbreed veldonderzoek gestart naar de verklaring van verschillen van arbeidsproductiviteit. Zij brengen tevens in kaart welke stimu-

lansen en belemmeringen instellingen ervaren rondom innovaties. De onderzoeken van Prismant en SEO/Plexus worden verder gebruikt in de beantwoording van de taakopdracht in het kader van de Interdepartementale Commissie Marktordening. Deze zal voor de zomer van 2005 rapporteren.

29.3.3 Het regulier maken van gesubsidieerde banen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het regulier maken van 1 250 gesubsidieerde banen in het VWS-veld dmv de stimuleringssubsidie doorstroom van VWS.	Nee

Toelichting:

1. In het convenant gesubsidieerde arbeid zorg is structureel € 30 miljoen per jaar toegezegd. Het convenant heeft als doel te stimuleren dat gesubsidieerde arbeid wordt omgezet in reguliere arbeid. Omdat alleen de VWS-sectoren een dergelijke regeling kennen zijn ze in principe een aantrekkelijke partner voor de gemeenten (omdat daardoor afspraken zijn te maken over doorstroom). In het convenant is afgesproken dat in 2003 in totaal 2554 ID-banen in de zorg worden omgezet naar reguliere banen. VWS zou voor deze omzettingen een aanvulling geven op de omzettingregeling van SZW. In het convenant is verder afgesproken dat er vanaf 2005 naar gestreefd wordt 2500 gesubsidieerde banen met subsidie van VWS om te zetten naar reguliere banen. Gelet op deze afspraken van 2003 en 2005 en volgende jaren was de verwachting dat er in 2004 ook nog eens 1250 gesubsidieerde banen met subsidie van VWS zouden kunnen worden omgezet. Dit aantal is niet gehaald doordat de omzettingregeling van SZW met een half jaar tot 1 juli 2004 is verlengd. In het kader van deze omzettingregeling zullen ca 2 630 subsidieaanvragen worden goedgekeurd. Het gaat dan om omzettingen in 2003 en 2004. Daarnaast zullen van omzettingen 2004 nog ca. 50 VWS-subsidietoekenningen plaatsvinden.

30.1 Algemene beleidsdoelstelling

Optimale zorg met behulp van informatie-, communicatie- en technologiebeleid, capaciteit van beroepsbeoefenaren, patiëntenbeleid en ethiek¹

Belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- Er is een beleidsplan opgesteld teneinde de doelstellingen voor het elektronisch medicatiedossier, de elektronische waarneeminformatie voor huisartsen en voor het 100% elektronisch declaratieverkeer te kunnen bereiken.
- Kwaliteit en innovatie van zorg wordt bij ZonMW programmatisch en systematisch bevorderd.
- Het onderwerp patiëntveiligheid is in de zorg op de agenda gezet.
- In april 2004 is de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg (stuurgroep MOBG) ingesteld.
- Realisatie van 233 opleidingsplaatsen voor physician assistants en nurse practitioners, twee vervolgopleidingen voor HBO-opgeleide zorgprofessionals resulterend in een HBO-mastergraad.
- In september 2004 is gestart met de implementatie van de portalorganisatie voor informatievoorziening aan burgers.
- Vergelijkende informatie over de dienstverlening van zorgverzekeraars is in januari 2005 gepubliceerd.
- De doelen voor 2004 voor het uitvoeren van het plan «minder regels, meer zorg» zijn behaald.

¹ In 2004 is de indeling van dit artikel gewijzigd. De oude operationele doelstelling «Sterke positie zorggebruiker» is onderdeel geworden van de operationele doelstelling «Evenwicht in de marktposities» en de oude operationele doelstelling «Minder regels en administratieve lasten» is opgegaan in de operationele doelstelling «Informatie over het zorgaanbod». Hiermee wordt een integrale beleidsontwikkeling mogelijk die nodig is in het kader van de komende stelselherziening. In dit jaarverslag worden, ter vergelijking met de begroting 2004, nog de beleidsprestaties van de operationele doelstellingen «Een sterke positie van de zorggebruiker» en «Minder regels en administratieve lasten» weergegeven.

30.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	160 879	182 355	241 249	166 085	75 164
Uitgaven	170 745	179 743	198 527	189 376	9 151
<i>Programma-uitgaven</i>	166 157	175 127	194 545	184 972	9 573
Vernieuwingen in de zorg	25 752	13 763	16 475	12 588	3 887
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>			2 923	0	2 923
Modernisering beroepenstructuur	103 825	114 168	129 713	139 488	- 9 775
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>			2 875	1 296	1 579
Ethisch verantwoord handelen	11 322	12 241	12 251	985	11 266
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>			771	0	771
Sterke positie zorggebruiker	0	0	0	31 839	- 31 839
<i>waarvan bijdrage aan ZBO's</i>	0	0	0	1 775	- 1 775
Minder regels en administratieve lasten	0	0	0	72	- 72
Informatie over het zorgaanbod	154	860	1 853	0	1 853
Evenwicht in de marktposities	25 104	34 095	34 092	0	34 092
<i>waarvan bijdrage aan ZBO's</i>	1 341	1 810	1 824	0	1 824
Regulering van de zorg	0	0	161	0	161
<i>Apparaatsuitgaven</i>	4 588	4 616	3 982	4 404	- 422
Ontvangsten	2 210	11 015	1 754	1 083	671

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Vernieuwingen in de zorg

Vergeleken met de vastgestelde begroting 2004 is € 1,3 miljoen betaald aan Senter/Novem ter financiering van de ICES/KIS projecten. Daarnaast is € 2,9 miljoen betaald aan het agentschap CIBG voor uitvoering van werkzaamheden voor de UZI- en ZIN- registers en het shared service center. Tevens is voor een aantal kleinere projecten, waaronder de ontwikkeling van standaarden en normalisatie door het NEN (€ 0,3 miljoen), nog ruim 0,6 miljoen extra gerealiseerd. Daarnaast is circa € 1,0 miljoen aan geraamde projectsubsidies niet gerealiseerd.

Modernisering beroepenstructuur

De instroom in de huisartsenopleiding is in een periode van vier jaar met 43% gestegen. Ten opzichte van vorig jaar is er voor de huisartsenopleiding echter circa € 14,3 miljoen minder uitgegeven dan geraamd (waarvan 12,5 reeds is toegelicht in de 2^e suppletore wet).

In september 2004 is gestart met de opleiding tot physician assistant en advanced nurse practitioner waardoor € 1,3 miljoen aan subsidies aan hogescholen is betaald.

Ook is € 2,9 miljoen meer uitgegeven om het volume van opleidingsplaatsen in ziekenhuizen te handhaven (zgn. «schaarsteoffensief»). Verder is € 1,6 miljoen meer dan geraamd betaald aan het agentschap CIBG voor uitgevoerde werkzaamheden verband houdend met het BIG-register.

Ethisch verantwoord handelen

De jaarlijkse uitgaven voor de rijksbijdrage abortusklinieken waren voor € 6,3 miljoen geraamd op artikel 22/Curatieve Zorg (22.3.2) maar worden hier verantwoord.

De rijksbijdrage, betaald aan het College voor Zorgverzekeringen die de abortusklinieken subsidieert, is in 2004 verhoogd met € 4 miljoen tot het structurele uitgavenniveau van € 10,4 miljoen (2^e suppletore wet). In 2004 is een bijdrage aan het agentschap CIBG verstrekt van € 0,8 miljoen voor de euthanasiecommissies.

Sterke positie zorggebruiker/Minder regels en administratieve lasten

Als gevolg van het opgaan in 2004 van de operationele doelstellingen «Sterke positie zorggebruiker» en «Minder regels en administratieve lasten» in de operationele doelstellingen «Evenwicht in de marktposities» respectievelijk «Informatie over het zorgaanbod» zijn bij de twee eerstgenoemde doelstellingen wel de begrotingscijfers weergegeven maar niet de realisatiecijfers. Bij de twee laatstgenoemde doelstellingen zijn om die reden geen begrotingscijfers opgenomen, maar wel de realisatiecijfers over 2004.

De vergelijkende realisatiecijfers over de jaren 2002 en 2003 zijn afkomstig van de oude doelstellingen («Sterke positie zorggebruiker» en «Minder regels en administratieve lasten») en ter vergelijking gekoppeld aan de doelstellingen waarin deze in 2004 zijn opgenomen.

Informatie over het zorgaanbod

Het bij 2^e suppletore begroting toegevoegde budget is hoofdzakelijk bestemd voor het plan van aanpak administratieve lasten (kamerstuk 29 515 nr. 6). Dekking is afkomstig uit premiemiddelen. Het toegevoegde budget van ruim € 4,2 miljoen voor terugdringen administratieve lasten is niet geheel tot besteding gekomen, voor een belangrijk deel omdat besluitvormingstrajecten langere tijd in beslag namen. In het antwoord op door de TK gestelde vragen naar aanleiding van de 2^e suppletore begroting is nader ingegaan op de reden van deze onderuitputting.

Evenwicht in marktposities

Bij 2^e suppletore begroting is budget aan deze operationele doelstelling toegevoegd. Dit betreft hoofdzakelijk de middelen aan het Fonds PGO (€ 32 miljoen). Dekking hiervoor is afkomstig uit de operationele doelstelling «sterke positie zorggebruiker» op dit artikel.

Ontvangsten

Er is circa € 1,2 miljoen meer ontvangen dan oorspronkelijk geraamd (voornamelijk van de Orde van Medisch Specialisten inzake het referentiemodel VIZI € 0,7 miljoen) door vaststelling van in het verleden verleende subsidies. Door onvoorziene omstandigheden zijn minder activiteiten of activiteiten goedkoper uitgevoerd. Daarnaast is € 1,0 miljoen minder ontvangen dan het geraamde bedrag voor de inverdienregeling leninghuisartsen omdat de regeling is gestopt.

30.3 Operationele doelstellingen

30.3.1 Gebruik van zinvolle vernieuwingen in de zorg vanuit de invalshoeken van ICT, kwaliteit en doelmatigheid

Informatie- en communicatietechnologie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In gebruik nemen van een voorloper van het landelijk elektronisch patiëntendossier in een aantal regio's.	Ja
2. Randvoorwaarden voor veilige communicatie; voorbereiding wetgeving invoering Zorg Identificatie Nummer (ZIN) en veilige wijze van informatie-uitwisseling.	Ja
3. Ontwikkelen unieke nummers voor burgers, zorgverleners.	Gedeeltelijk
4. Ontwikkelen Register voor Unieke Zorgverleners Identificatie-nummer (UZI) en ZIN-register.	Ja
5. Financiering NICTIZ ten behoeve van ontwikkeling landelijk dekkend medicatiedossier in 2006.	Ja

Toelichting:

- en 3. Bij de ontwikkeling van een Zorg Identificatie Nummer is aangesloten bij het traject van het Burger Service Nummer (BSN). Dit wordt in de zorg definitief als uniek identificerend nummer voor patiënten ingevoerd en zal op 1 januari 2006 beschikbaar zijn.

Kwaliteit van zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Uitvoering programma «kwaliteit, innovatie en efficiency» en de Landelijke actieprogramma's kwaliteit ziekenhuizen, cure, care, ggz, en preventie.	Ja
2. Subsidiëring kwaliteitsverbetering in de zorg via instellingen Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ).	Ja
3. Onderzoek naar haalbaarheid wettelijke verplichting tot certificering, evenals naar de mogelijkheid het instrument van bestuurlijke boetes toe te laten passen door de Inspectie	Ja
4. Agendering patiëntveiligheid	Ja

Toelichting:

- Patiëntveiligheid staat nu op de agenda. Alle zorginstellingen moeten in 2008 werken met een gecertificeerd veiligheidsmanagement systeem, aldus de aanbeveling van Shell topman Rein Willems. Rein Willems heeft in het kader van het programma «Sneller Beter» de Minister geadviseerd over de patiëntveiligheid in de ziekenhuizen. Dat advies is overgenomen. Onder meer wijst Willems erop dat in ons land inzicht in het exacte aantal incidenten in de zorgverlening ontbreekt en dat daarvoor onderzoek nodig is. Dat onderzoek is nu gestart met de opdracht aan de Orde van Medisch Specialisten om het programma «Veiligheid en Zorg» uit te voeren. Kern daarvan is een zogeheten nulmeting naar veiligheid in de ziekenhuizen. Naast dit programma is ook bij ZonMw een programma «patiëntveiligheid» van start gegaan. Dat programma richt zich zowel op de curatieve zorg, als op de care en de openbare gezondheidszorg en zorgt ervoor dat kennis en inzicht in patiëntveiligheid wordt vergroot. Onderdeel van de ZonMw activiteiten

is het oprichten van een platform dat als netwerk fungeert waar theoretische concepten en praktische ideeën over veiligheid kunnen worden uitgewisseld en uitgewerkt.

Doelmatigheid van zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Advies Gezondheidsraad over vroegtijdige signalering (early warning) van nieuwe technologieën.	Ja
2. Initiatie en coördinatie van doelmatigheidsonderzoek via het programma doelmatigheidsonderzoek bij ZonMw.	Ja
3. Onderzoek naar mogelijkheden voor deregulering van diverse verrichtingen die onder de WBMV vallen.	Ja

30.3.2 Een moderne beroepenstructuur en een evenwichtige capaciteit aan zorgverleners

Meer zorgverleners en taakherschikking

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Verruimen van de capaciteit van medische opleidingen en taakherschikking.	Ja
2. Nieuwe bekostigingssystematiek van opleidingen ontwikkelen.	Ja
3. Stuurgroep t.b.v. moderniseren van opleidingen in de zorg.	Ja
4. Stimuleren van de professionalisering verplegende en verzorgende beroepen door ondersteuning projecten Landelijke Expertisecentrum voor Verpleging en Verzorging (LEVV).	Ja
5. Voorstellen voor de uitwerking van suggesties van de commissie LeGrand voor het verpleegkundig opleidingscontinuüm door Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV).	Ja
6. Subsidiëring van de exploitatie van de opleidingen tot verloskundige en subsidiëring van de opleiding tot huisarts.	Ja
7. Opstellen van een nieuwe raming voor de opleidingscapaciteit voor opleiding verloskunde door Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel).	Nee
8. Bekostigen van de ontwikkeling van de landelijke standaard voor de opleiding tot «physician assistant» en het stimuleren van de start «opleidingen voor nieuwe beroepen in de zorg».	Ja
9. Evaluatie van de effecten van de inzet van PAs en NP's in de huisartsenpraktijk.	Ja
10. Ondersteunen veldinitiatieven tot taakherschikking en multiprofessionele samenwerking in zorgclusters.	Ja
11. Subsidiëren van voorzieningen van de Medische Tuchtcolleges en het voornemen om beheer medische tuchtcolleges onder te brengen bij de rechtbanken, onder centraal beheer van de Raad voor de Rechtspraak.	Gedeeltelijk
12. Voorstellen voor de aanpassing van de wet BIG naar aanleiding van de evaluatie.	Gedeeltelijk
13. Een subsidie aan het capaciteitsorgaan ten behoeve van een beter onderbouwde raming van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen.	Ja
14. Bevorderen afbouw opleidingscapaciteit bij enkele specialismen waar dat volgens het capaciteitsorgaan mogelijk is.	Ja
15. Geraamde opleidingscapaciteit voor agio's van 1157 voor 2003 en 2004.	Ja

Toelichting:

2. Per augustus 2004 is een interne projectorganisatie Nieuwe

Bekostigingssystematiek Opleidingen gestart. Het systeem moet eenvoudig zijn met beperkte bureaucratie en administratieve lasten. Het moet in beginsel in alle zorgsectoren toegepast kunnen worden (preventie, cure en care).

3. In april 2004 is de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg (MOBG) ingesteld. In oktober heeft de stuurgroep een werkplan voorgelegd aan de minister. De stuurgroep MOBG implementeert hiermee het kabinetsbeleid betreffende capaciteit en kwaliteit van de zorgopleidingen (anders opleiden, korter opleiden en beter benutten van de opleidingscapaciteit).
- 6.

Tabel 30.1: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen

Prestatie-indicator	2002–2003	2003–2004	2004–2008
Eerstejaars verloskundige studenten	Realisatie 257	Realisatie 260	Raming 220

Bron: opleidingsinstellingen (CIPI 2)

Tabel 30.2: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor huisartsen

Prestatie-indicatoren	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Eerstejaars haio's*	Realisatie 466	Realisatie 503	Realisatie 509	Raming 670	Raming 670	Raming 670	Raming 670

Bron realisatie: HVRC/SBOH (CIPI 2).

* haio = huisarts in opleiding.

De instroom in de huisartsenopleiding is in een periode van vier jaar met 43% gestegen. Ten opzichte van vorig jaar is er voor de huisartsenopleiding echter minder ingestroomd dan geraamd. Door extra opleidingsplaatsen te creëren voor de medische specialistenopleidingen is er bovendien concurrentie met deze specialistenopleidingen.

8. Per 1 september 2004 zijn de wettelijk erkende HBO-zorgmasteropleidingen tot nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA) gestart door middel van een subsidieregeling door het ministerie van OC&W en VWS. In september 2004 zijn in totaal 233 eerstejaarsstudenten gestart, te weten 179 bij de opleiding tot NP en 55 bij de opleiding tot PA.
11. In 2004 hebben wij besloten om het beheer van de tuchtcolleges niet onder te brengen bij de rechtbank, maar in eigen beheer te houden.
12. In het standpunt op de evaluatie van de Wet BIG is aangekondigd dat de wet transparanter én flexibeler gemaakt zal worden. In dat kader is een aantal voornemens tot aanpassing van de wet genoemd die daar aan bij zouden kunnen dragen, zoals het opnemen van een experimenteelartikel in de wet, het aanpassen van de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen, het creëren van één publiekrechtelijk register voor alle wettelijk geregelde beroepen, het opnemen van criteria voor regeling van beroepen in de wet. De komende tijd zullen deze voornemens, mede in overleg met veldpartijen, worden geïmplementeerd.

Tabel 30.3: Ontwikkeling van de opleidingscapaciteit voor agio's

Prestatie-indicator	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Agioplplaatsen Jaarlijkse instroom	Realisatie 1 109	Realisatie 1 170	Realisatie 1 084	Raming 1 157	Raming 1 157	Raming 1 157

Bron: Capaciteitsorgaan/MSRC (CIPI 3).

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het signalement 2004 wordt gebruikt om de agenda «Ethiek en gezondheid» 2005 op te stellen. Deze agenda wordt met de Rijksbe-groting naar het parlement verstuurd.	Ja
2. Mede financiering van het NWO-programma «Ethiek, onderzoek en bestuur» waarbinnen een thema «Ethiek van zorg en gezondheid is opgenomen.	Gedeeltelijk
3. Ondersteunen opzet en exploitatie Erfo-centrum voor voorlichting, informatie en documentatie van erfelijke en/of aangeboren aandoeningen.	Ja
4. Subsidiëring Geschillencommissie Ziekenhuizen om de Wet klacht-recht cliënten zorgsector uit te voeren.	Ja
5. Subsidiëring Stichting Donorgegevens.	Ja
6. Start evaluatie Wet afbreking zwangerschap (WAZ).	Ja
7. Bijdrage aan de baten-lastendienst CIBG voor de uitvoering van taken.	Ja

Toelichting:

- In totaal zijn er ruim 75 voorstellen ingediend op de oproep om onderzoeksvoorstellen in te sturen. Hieruit zijn er 30 geselecteerd voor vervolgesprekken. Begin 2005 zullen de onderzoeken worden toege-wezen.
- We hebben een bijdrage gegeven aan het Centraal Informatie Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Met ingang van 1 januari 2004 zijn de taken van het CIBG uitgebreid met de secretariaten Regionale toetsingscommissie euthanasie (RTE). De medewerkers van de unit RTE faciliteren de toetsingscommissie in hun werkzaamheden.

30.3.4 Een sterke positie van de zorggebruiker

a. Rechtspositie

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Activiteiten voor de implementatie van de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en Wet Klachtrecht Cliënten Zorg-sector (WKCZ) worden in 2004 afgerond.	Gedeeltelijk
2. Activiteiten voor de implementatie van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) worden in 2006 afgerond.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Het project Implementatie WGBO fase 1 is in juni 2004 door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der geneeskunst (KNMG) afgerond. Voor de WKCZ heeft het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) gezorgd voor een standaard Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. In 2005 staan verdere implementatieactiviteiten voor WGBO en WKCZ gepland.
2. De resultaten van het onderzoek naar het zwaarwegend adviesrecht zijn in augustus 2004 naar de Kamer gezonden. De implementatieactiviteiten lopen nog tot en met 2006.

b. Informatievoorziening voor patiënten/consumenten

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Er worden prestatie-indicatoren voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontwikkeld.	Ja
2. Het project company report card leidt in 2004 tot vergelijkende informatie over de dienstverlening van een aantal zorgverzekeraars.	Ja
3. Eind 2004 moet het meetinstrument van het oordeel van de patiënt over de zorg gereed zijn en in de praktijk gevalideerd. Tevens moet een beeld bestaan van de toepasbaarheid.	Gedeeltelijk
4. Het streven is de portalorganisatie voor informatievoorziening in 2004 te starten en 1 januari 2006 operationeel te laten zijn.	Ja
5. In 2004 wordt met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, kwaliteitstoetsingsorganisaties en zorggebruikers afspraken in een convenant vastgelegd over de meting van kwaliteit en patiënttevredenheid, het structureel aanleveren van vraaggerichte informatie over het aanbod en de wijze van openbaarmaking van de vergelijkende gegevens.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. De prestatie-indicatoren ten behoeve van de keuzegidsen zorgverzekeringen en ziekenhuizen zijn ontwikkeld. Voor ziekenhuizen gaat het onder meer om de IGZ prestatie-indicatoren.
3. In de keuzegids zorgverzekeringen is het oordeel van verzekerden over hun verzekeraar meegenomen op grond van een door de Consumentenbond ontwikkeld meetinstrument. In 2004 heeft de Consumentenbond tevens een pilot uitgevoerd voor de meting van ervaringen van patiënten over de door hen ontvangen ziekenhuiszorg. ZorgOnderzoek Nederland-Medische Wetenschappen (ZonMW) heeft in 2004 gewerkt aan de verdere uitwerking van meetinstrumenten om ervaringen van patiënten te meten. Hierbij wordt gestreefd naar een samenhangend meetinstrumentarium.
4. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is september 2004 gestart met de implementatie van de portalorganisatie. Het eerste gedeelte van www.kiesbeter.nl is sinds 19 januari 2005 operationeel.
5. Op 8 juni 2004 hebben het College Toezicht Zorgverzekeringen, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en de Consumentenbond een convenant afgesloten om samen te werken aan consumenteninformatie over zorgverzekeraars. In 2004 is het overleg hierover met de ziekenhuissector gestart. De AWBZ sectoren volgen in 2005.

c. Onderhandelingsmacht

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 2004 de zbo-status van het Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden (Fonds PGO) formaliseren.	Ja
2. In samenspraak met het veld in 2004 een visie ontwikkelen op de financiering van de zorggebruikersorganisaties (waaronder de Regionale Patiënten- en Consumentenplatforms (RPCP's) en de Informatie- en Klachtenbureau's Gezondheidszorg (IKG's)) mede in het licht van het rapport «Ritme in de regio» van 28 juni 2002.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Op 6 april 2004 is de Tijdelijke regeling delegatie subsidiebevoegdheid in de Staatscourant gepubliceerd.
2. In 2004 hebben het Fonds PGO en het ministerie van VWS een visie ontwikkeld op een nieuwe subsidiesystematiek (meer prestatie- en functiegericht). Ook de financiering van de RPCP's en IKG's wordt hierin meegenomen. Deze visie wordt in 2005 – in samenspraak met het veld – verder uitgewerkt. In 2006 volgt de invoering van de nieuwe subsidiesystematiek.

30.3.5 Minder regels en administratieve lasten

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Uitvoering van het plan «minder regels, meer zorg».	Ja
2. Versnelde aanpak overige wet- en regelgeving: wat het meest oplevert wordt bij voorrang opgepakt	Ja
3. Nieuwe wet- en regelgeving wordt systematisch op administratieve lasten getoetst zowel intern als extern (actal).	Ja
4. Aanpak informatievoorziening.	Ja
5. Om de geraamde besparingen te kunnen behalen en noodzakelijke voorzieningen te treffen zijn investeringen nodig. Daartoe wordt een ICT-investeringsplan opgesteld.	Ja
6. Samen met partijen in het zorgveld en mogelijk op andere terreinen wordt verkend hoe <best practices> sneller uitgewisseld en geoogst kunnen worden.	Ja

Toelichting:

1. Dit is een aanpak voor de periode 2004 t/m 2006. De doelen voor 2004 zijn behaald.
2. Prioriteit is gegeven aan stroomlijning van het declaratieverkeer en Zorgverzekeringswet en de daarmee samenhangende regelgeving.
4. Er is een aanpak informatievoorziening, zowel naar de Kamer (ontwikkeling Zorgbalans) als de verantwoording van zorgverzekeraars en zorgaanbieders (stroomlijning jaarverslaglegging).

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

Zoals in de begroting aangegeven, richt het kabinetsbeleid zich op de overgang naar een systeem waarin niet het aanbod van de zorg, maar de vraag van verzekerden en patiënten centraal staat.

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) zijn op 21 december 2004 door de Tweede Kamer aanvaard.
- Het wetsvoorstel no-claimregeling is eind 2004 door het parlement aangenomen (Stb. 2004, 726).
- De volgende fase van de prestatiegerichte bekostiging in de AWBZ en de Cure is in 2004 ingevoerd.
- De aangepaste Wet tarieven gezondheidszorg (WTG ExPres) en het wetsvoorstel herziening overeenkomstenstelsel (HOZ) is aangenomen.
- Het wetsvoorstel Toelating zorginstellingen (WTZi) is door de Tweede Kamer behandeld.
- De aanbevelingen van de commissie Meurs over goed bestuur en toezicht van zorginstellingen zijn geregeld in de AMvB transparantie-eisen WTZi.
- In 2004 is gestart met de opbouw van de Zorgautoriteit en de voorbereiding van het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg.

Twee specifieke premiemaatregelen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Er komt een korting op een aantal premiesubsidies.	Ja
2. Het onderzoeksbudget van het CVZ wordt met 30% gekort (taakstelling van € 4,7 miljoen).	Ja

Toelichting:

1. In 2004 is de verdere afbouw van het aantal premiesubsidies voorbereid. Per 1 januari 2005 is een aantal premiesubsidies vervallen.

31.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	1 417	1 159	1 425	1 448	- 23
Uitgaven	1 355	1 088	1 460	1 448	12
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>1 355</i>	<i>1 088</i>	<i>1 460</i>	<i>1 448</i>	<i>12</i>
Stelselherziening	1 355	1 088	1 460	1 448	12
Ontvangsten	1	0	0	0	0

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

In opdracht van VWS worden jaarlijks onderzoeken uitgevoerd in het kader van de Zfw-verstrekkingsbudgettering. Ten behoeve van het budgetjaar 2005 is begin 2004 een onderzoeksprogramma vastgesteld, waarvoor een budget van € 0,5 miljoen ter beschikking is gesteld. De uitvoering van de onderzoeken (uitputting budget) is volgens planning verlopen en het programma krijgt vervolg in 2005.

Het hoofdlijnenakkoord bevat een taakstelling op de zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) welke was geboekt op dit beleidsartikel. De taakstelling wordt echter in de premie gerealiseerd, waardoor een overheveling vanuit de premiemiddelen heeft plaats gevonden. In het kader van de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de geleidelijke invoering van gereguleerde marktwerking in de zorg zijn middelen vrijgemaakt voor het project «Toekomst Zorgstelsel». Deze middelen zijn aangewend voor de voorbereiding en coördinatie van de besluitvorming, begeleiding van de invoering van de Zvw en communicatie.

Ter voorbereiding op de risicoverevening in de nieuwe Zvw in 2006 is een traject gestart van dataverzameling en -bewerking in de privaat- en publiekrechtelijke setting. Enkele onderzoeken zijn niet in 2004 afgerond en krijgen in 2005 vervolg. In 2004 lag de prioriteit bij het versterken van de coördinatiestructuur ten behoeve van een effectieve aanpak van fraude in de zorgsector. Dit is één van de taken van het in 2004 opgezette nationaal platform zorgfraude. Tevens heeft het platform de taak zicht te krijgen op de (omvang) van de problematiek via gedegen en periodiek onderzoek per deelsector in 2005.

Premie

Bedragen x € 1 miljoen
Uitgavenontwikkeling artikel 31

	Uitgaven 2002	volume	nomi- naal	tech- nisch	2003	volume	nomi- naal	tech- nisch	2004
	1 275,9	- 29,7	43,2	- 4,6	1 284,7	- 50,6	18,6	1,4	1 254,1
Uitsplitsing volumemutatie				2003	2004				
- wachtlijsten/productie				0,2	1,0				
- overig				- 29,9	- 51,6				
Totaal				- 29,7	- 50,6				

Bovenstaande tabel geeft aan hoe de uitgavenontwikkeling tussen 2002 en 2003 respectievelijk tussen 2003 en 2004 is samengesteld.

De nominale uitgavenontwikkeling is het gevolg van loon- en prijsbijstellingen in de verschillende deelsectoren. De volumedaling in 2003 is voornamelijk het gevolg van een daling in de beheerskosten particulier (€ 14,6 miljoen) en de invulling van de taakstelling administratieve lastenverlichting (€ 23,0 miljoen). De beheerskosten particulier in het jaar 2004 zijn nog niet afgerekend. Door de hogere uitgaven 2003 als gevolg van de afrekening van de beheerskosten particulier in dat jaar laat bovenstaande tabel een volumedaling in 2004 zien. Daarnaast is de vermelde daling het gevolg van de invulling van de taakstelling administratieve lastenverlichting (€ 24,8 miljoen). Ten slotte zijn er diverse in omvang geringe uitgavenstijgingen.

Bedragen x € 1 miljoen

Sector	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Verschil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Verschil 2004
Beheerskosten verzekeraars en uitvoeringsorganen	1 132,4	1 174,6	42,2	1 131,2	1 136,3	5,1
Beheerskosten ZBO's topstructuur zorgsector	63,2	67,0	3,8	62,9	75,5	12,6
Diversen (premie)	47,9	43,1	- 4,8	39,4	43,4	4,0
Groeiruimte beheer zorgverzekeringen	0,0	0,0	0,0	25,6	0,0	- 25,6
TOTAAL	1 243,5	1 284,7	41,2	1 259,1	1 255,2	- 3,9
Uitsplitsing verschil		Nominaal	0,0		Nominaal	18,6
		Volume	41,2		Volume	- 21,7
		Technisch/ statistisch	0,0		Technisch/ statistisch	- 0,8
		Totaal	41,2		Totaal	- 3,9

Toelichting op de definitieve uitgaven 2003

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2003 sinds het Jaarbeeld Zorg 2003. De volumemutatie van € 41,2 miljoen hangt vrijwel volledig samen met de afrekening van de beheerskosten particulier.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2004

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds de Begroting 2004. De hogere ontwikkeling voor nominaal (€ 18,6 miljoen) is het saldo van nadere loon- en prijsbijstellingen in de sector. De volumemutatie van – € 21,7 miljoen is voornamelijk het gevolg van de invulling van de taakstelling administratieve lastenverlichting (€ 24,8 miljoen).

31.3 Operationele doelstellingen

31.3.1 Er is een zorgverzekering voor iedere ingezetene van Nederland die, gegeven het wettelijk pakket, tegemoet komt aan de vraag van verzekerden

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het wetsvoorstel voor de standaard zorgverzekering curatieve zorg is december 2004 door de Tweede Kamer aanvaard. De standaard zorgverzekering is zodanig ontworpen dat deze past binnen de uitgangspunten van de relevante Europese en internationale regelgeving. Er is een notificatieprocedure inzake risicoverevening en reserves gestart.	Ja
2. Voorbereiden van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet.	Ja
3. De uitvoeringsregeling Besluit Zorgverzekering is eind januari 2005 gereed.	Ja
4. Voorbereidingen voor aanpassing van EU-verordeningen (Europese Unie), internationale verdragen en internationale afrekeningsakkoorden.	Ja
5. Het verzekerde pakket wordt met ingang van 2004 beperkt, zoals is afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord. De wet- en regelgeving wordt hierop aangepast.	Ja
6. De huidige wetgeving wordt aangepast aan het arrest Müller-Fauré/Van Riet (omschrijven welke extramurale zorg in het buitenland wordt vergoed).	Gedeeltelijk
7. De EU-regio's subsidiëren om belemmeringen in het kader van grensoverschrijdende zorg weg te nemen.	Ja
8. De dieetadvisering is per 1 januari 2005 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de gewone ziektekostenverzekeringen. Daarbij is de aanspraak beperkt tot 4 behandeluren per jaar.	Ja
9. In 2004 starten voorbereidende werkzaamheden om alle curatieve zorg over te hevelen naar de zorgverzekering, inclusief wet- en regelgeving.	Ja

Toelichting:

5. Nadat per 1 januari 2004 het pakket op grond van de Ziekenfondswet en de Wet toegang ziektekostenverzekeringen (Wtz 1998) was beperkt op de terreinen van tandheelkunde, fysiotherapie en zelfzorggeneesmiddelen is per 1 juni 2004 de beperking van het zittend ziekenvervoer gerealiseerd. Per 1 januari 2005 zijn pakketmaatregelen op het terrein van de medisch-specialistische zorg doorgevoerd. Per diezelfde datum zijn een aantal groepen zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik weer in het pakket opgenomen en zijn middelen beschikbaar gesteld om de hardheidsclausule zittend ziekenvervoer iets te versoepelen. De per 1 januari 2004 ingevoerde beperking van het aantal zittingen psychotherapie (AWBZ) is met ingang van 15 oktober 2004 versoepeld.
6. Met de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet (Stcrt. 2004, nr. 73) is hieraan voor een deel uitvoering gegeven. Tevens is in 2004 een ministeriële vergoedingsregeling voor extramurale zorg in EU-lidstaten

voorbereid, die in werking treedt op het moment dat de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ) in werking treedt.

8. Dit onderdeel was niet in de begroting opgenomen. In de brief van 10 augustus 2004 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2003/2004, 26 631, nr. 101) is aangegeven dat het advies van CVZ wordt overgenomen om de aanspraak op dieetadvisering over te hevelen van de AWBZ naar ZFW.
9. Gestart is met de werkzaamheden gericht op de overheveling van de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg. In het voorstel van de Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde concept amvb is deze overheveling opgenomen.

31.3.2 De inzet van instrumenten leidt tot een redelijke prijs van de zorgverzekering

a. Risicodragende financiering verzekeraars

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Jaarlijkse verbeteringen in het financieringssysteem.	Ja
2. Onderzoek naar de kostenverschillen tussen verschillende verzekeringswijzen (ziekenfonds of particulier).	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Het belangrijkste instrument dat we hebben ingezet om een redelijke prijs van de zorgverzekering vast te stellen, is de ziekenfondsen te budgetteren. De afgelopen jaren zijn stappen gezet om zorgverzekeraars risicodragend te maken door het model waarmee het macrobudget wordt verdeeld geleidelijk te verbeteren en compensatiemechanismen af te bouwen. In 2004 is onderzoek uitgevoerd dat heeft geleid tot verbeteringen in het verdeelmodel per 1 januari 2005. Er heeft een modelverandering plaatsgevonden bij de verdeling van het macro-deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Er is een splitsing aangebracht in de normering van de kosten samenhangend met de academische component en de normering van de overige vaste kosten. Andere veranderingen hangen samen met de invoering van de no-claim teruggaveregeling. Verder wordt in de budgetten rekening gehouden met de invoering van DBC-financiering bij ziekenhuizen en specialisten per 1 januari 2005 en voorziet een ministeriële regeling in een vangnet voor ziekenfondsen.
2. In 2004 is onderzoek gedaan in het kader van de risicoverevening Zorgverzekeringswet. Het onderzoek kent twee elementen. Het eerste element betreft het maken van een databestand op verzekerdenniveau met vergelijkbare gegevens voor ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke verzekeraars. Het tweede element betreft het uitvoeren van analyses op het databestand. Eind 2004 was er een bestand 2002 beschikbaar waarop eerste analyses ten behoeve van de risicoverevening Zvw 2006 kunnen worden uitgevoerd.

b. Eigen risico Ziekenfondswet en eigen bijdragen AWBZ

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Invoeren AWBZ-brede eigen bijdrage voor extramurale zorg per 1-1-2005.	Gedeeltelijk
2. Het eigen risico in de Ziekenfondswet dat in het Hoofdlijnenakkoord voorzien was, is per 1 januari 2005 gerealiseerd in de vorm van de no-claim teruggaveregeling. Het in maart 2004 ingediende wetsvoorstel terzake is op 21 december 2004 door de Eerste Kamer aanvaard. Ook is het eigen risico in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) per 1 januari 2005 verhoogd tot € 250.	Ja
3. Zorgen voor een wettelijke regeling die eigen betalingen voor zorg als gevolg van arbeidsongevallen en beroepsziekten afdekt.	nee
4. Met het besluit van 14 december 2004 (Stb. 675) is een overgangsmaatregel getroffen voor verzekerden die in 2003 of 2004 voor het eerst de hoge intramurale eigen bijdrage AWBZ verschuldigd waren en dat op 1 januari 2005 nog steeds zijn. Dit om een onvoorziene aanzienlijke verhoging van de eigen bijdrage voor deze groep verzekerden per 1 januari 2005 te voorkomen.	Ja
5. Voorbereiding kwijtschelding eigen bijdragen thuiszorg naar aanleiding van motie-Vietsch (Kamerstukken II, 2004/05, 26 631, nr. 113).	Ja

Toelichting:

1. In 2004 zijn de voorbereidingen gestart voor een vereenvoudigde AWBZ-brede eigen bijdrage voor extramurale zorg.
2. Het eigen risico in de Wtz voor 2005 is € 250. De no-claim teruggave is € 255.
3. Besloten is zondig de bestaande wetgeving aan te passen in plaats van een apart wettelijk traject in gang te zetten.
4. Dit onderdeel was niet in de begroting opgenomen.
5. Dit onderdeel was niet in de begroting opgenomen. Met de Tweede Kamer is uitvoerig gediscussieerd over de kwijtschelding van eigen bijdrage die enkele jaren na het tijdstip van zorgverlening bij de cliënt in rekening zijn gebracht.

c. Prijs zorgverlening

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Eerste stap naar het invoeren van functiegerichte bekostiging in de AWBZ voor extramurale zorg vanaf 1 januari 2004.	Ja
2. Tweede fase van de DBC's invoeren in de bekostiging van de curatieve zorg in 2004; definitief besluit hierover in het najaar 2003.	Ja
3. De prijzen voor zorg sturen door goed- of afkeuring van beleidsregels van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en aanwijzingen aan dit college.	Ja
4. De aangepaste Wet tarieven gezondheidszorg invoeren per medio 2004 gericht op experimenteermogelijkheid, invoering prestatiegerichte bekostiging en terugdringen van administratieve lasten en fraudebestrijding.	Gedeeltelijk
5. Het overeenkomstenstelsel herzien per 1 januari 2004, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders die contracten met elkaar willen sluiten over zorgverlening de mogelijkheid krijgen om af te wijken van landelijke richtlijnen voor zorgcontractering.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Voor de extramurale zorgverlening is de eerste stap in de richting van

functiegerichte bekostiging met ingang van 1 januari 2004 gezet met de introductie van de beleidsregel extramurale zorgproducten 2004. In deze beleidsregel worden per functie verschillende extramurale prestaties met verschillende prijzen onderscheiden.

2. Op 1 januari 2005 is de ziekenhuiszorg overgegaan op het nieuwe financieringssysteem DBC's. Dit geldt voor de algemene en categorale ziekenhuizen, voor de universitaire medische centra (UMCs), voor de zelfstandige behandelcentra en voor de vrijgevestigde medische specialisten.
3. In 2004 zijn 400 beleidsregels goedgekeurd en 3 afgekeurd.
4. De wet WTG ExPres, die de WTG aanpast, is op 7 december 2004 aangenomen door het parlement. Als gevolg van de Tijdelijke referendums wet is de WTG ExPres op 1 februari 2005 in werking getreden.
5. Het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ) betrekking hebbende op zorg in het kader van de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is op 7 december in de Eerste Kamer aangenomen en is op 1 februari 2005 in werking getreden. De restitutie bepaling in de Zfw zal eerst in de loop van 2005 in werking treden. Tezamen met de wijzigingen in de WTG (zie punt 4) maakt de HOZ ook vrije onderhandelingen over volume en prijs van delen van de ziekenhuiszorg (de dbc's B-segment) mogelijk. De contracteerplicht voor de zorgkantoren is voor wat betreft de extramurale zorg per 1 september 2004 opgeheven.

d. Zorgaanbod/exploitatie instellingen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Herzien van het reeds ingediende voorstel Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ). Door die herziening moet het mogelijk worden om per 1 juli 2004 van aanbodsturing gefaseerd over te stappen naar vraaggerichte sturing. Tegelijkertijd worden de Wet ziekenhuisvoorzieningen en Tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening ingetrokken. Tevens vervallen de toelatingsbepalingen Ziekenfondswet en AWBZ.	Gedeeltelijk
2. Het herziene wetsvoorstel WEZ geeft een wettelijke basis om eisen te stellen aan de bestuursstructuur en ordelijke bedrijfsvoering van zorginstellingen. Hiermee worden de aanbevelingen van de commissie Meurs verankerd.	Gedeeltelijk
3. Er wordt een passend instrumentarium ontwikkeld voor sectoren die 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.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Op 5 december 2003 is de derde nota van wijziging ingediend. Hierbij is de naam van de wet gewijzigd van WEZ in Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Op 1 en 7 september 2004 heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen (WTZi) behandeld. Op verzoek van de Tweede Kamer zijn in november de beleidsvisie en beleidsregelen WTZi, en het uitvoeringsbesluit WTZi aan de Kamer ter bespreking verzonden.
2. De AMvB transparantie-eisen WTZi is met het nader rapport op het advies van de Raad van State op 23 december 2004 aan de Kamers der Staten-Generaal aangeboden.
3. In september 2004 is een brief over de oprichting van de toekomstige Zorgautoriteit aan de Tweede Kamer gezonden. De taken, de verhouding met de minister van VWS en de verhouding met andere toezicht-

houders zijn daarin beschreven. De voorbereidingen van het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) zijn in volle gang; het wetsvoorstel is eind december 2004 ter advisering voorgelegd aan de Raad van State.

31.3.3 De zorgverzekering wordt goed uitgevoerd

a. Uitvoering ziekenfondswet en AWBZ

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 2004 worden, samen met CVZ en CTZ, prestatie-indicatoren voor ziekenfondsen opgesteld.	Ja
2. In 2004 en 2005 worden verdere mogelijkheden van het zogenaamde RINIS-concept onderzocht en toegepast.	Ja
3. Zorgkantoren verantwoorden zich in 2004 op vernieuwde wijze op basis van een convenant.	Ja
4. Het CVZ voert benchmarkonderzoek uit bij zorgkantoren.	Ja

Toelichting:

1. Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) schetste in zijn *Algemeen rapport uitvoering Ziekenfondswet 2003* een samenvattend beeld van het rechtmatigheidstoezicht op de ziekenfondsen. Het CTZ beoordeelde de prestaties van de ziekenfondsen door middel van prestatie-indicatoren («Prestatiebeoordeling zorgverzekeraars (ZFW) *Geen cijfers zonder verhaal*»). Bij het benoemen van uitvoeringsaspecten voor de prestatie-indicatoren is uitgegaan van de belangrijkste activiteiten van de zorgverzekeraars. Het resultaat is acht samengestelde prestatie-indicatoren op drie invalshoeken: verzekerden, zorg en bedrijfsvoering/financiën. Vanuit de invalshoek van de verzekerden ziet het CTZ erop toe dat verzekeraars aan hun informatieverplichtingen voldoen. Verzekeraars moeten hun verzekerden adequaat voorlichten over hun dienstverlening, rechten en plichten en het zorgaanbod. Bij zorginhoudelijke prestaties worden de verzekeraarsprestaties gedefinieerd als de resultaten/uitkomsten van het zorginkoopproces. Het maken van de juiste afspraken en het zo nodig actie ondernemen zijn dan bijvoorbeeld onderdeel van de prestatie-indicator. Hiermee is een nauwkeurigere beoordeling van de ziekenfondsen mogelijk en kan het CTZ hen tegelijk stimuleren tot een goede uitvoering. Het CTZ zal deze prestatie-indicatoren verder ontwikkelen. Het CTZ-rapport is 16 december 2004 naar Eerste en Tweede Kamer gezonden.
2. Het RINIS-concept heeft tot doel een efficiënt en effectief (her)gebruik van eenmalig vastgelegde gegevens (geen dubbele processen en investeringen) en handhaving en fraudebestrijding. In 2004 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) het project verder vorm gegeven. Daarbij is verdere invulling gegeven aan de afschaffing van de papieren ziekenfondsverklaring voor werkgevers.
3. De zorgkantoren hebben in 2004 over het verslagjaar 2003 voor de eerste keer op gemoderniseerde wijze verantwoording afgelegd. De verantwoordingsverslagen van de zorgkantoren vormden de basis voor de beoordeling door het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ). Het CTZ heeft daarbij de taakomschrijving in het convenant zorgkantoren als uitgangspunt genomen. Het CTZ bracht zijn toezichtrapport in januari 2005 uit. In 2004 is verder gewerkt aan versterking van de zorgkantoren. De maatregelen zijn toegelicht in de brief over de positie van zorgkantoren in de AWBZ van 29 april 2004

(Kamerstukken II, 2003/04, 26 631, nr. 91) en zijn onderdeel van het convenant zorgkantoren dat daartoe is aangepast en aangescherpt (Stcrt. 2004, nr. 253).

b. Fraudebestrijding

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De 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 sof-nummer in de Wet toegang ziektekostenverzekeringen zijn onderdelen van het wetsvoorstel Fraudebestrijding Zorgverzekeringswetten. Beoogde inwerkingtreding 1 april 2004.	nee

Toelichting:

1. Dit wetsvoorstel is juni 2004 aan de Tweede Kamer aangeboden en wacht op plenaire behandeling. De voorgenomen inwerkingtreding van 1 april 2004 is niet gehaald. Een belangrijk deel van de maatregelen is ook in de Zorgverzekeringswet opgenomen.

c. Uitvoering eigen risico en eigen bijdragen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Aanbevelingen van het College voor zorgverzekeringen aan de uitvoerders voor een correcte en klantgerichte uitvoering van de eigenbijdrageregeling thuiszorg.	Ja
2. Bijsturen aan de hand van de resultaten van de kernmonitor.	Ja

Toelichting:

1. Het verbeterproces voor de uitvoering van deze eigen bijdrage is in 2004 gecontinueerd.
2. Het College voor zorgverzekeringen volgt dit verbeterproces nauwgezet en doet in een «kernmonitor» zonodig voorstellen voor verbeteringen die verdergaan dan «normale» verbeteringen in de uitvoering.

d. Toezicht uitvoering verzekeringen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 2004 wordt bezien hoe tot een totaaloordeel over de uitvoering van de Ziekenfondswet, AWBZ en Wet toegang ziektekostenverzekeringen kan worden gekomen.	Gedeeltelijk
2. Het Ministerie van VWS geeft jaarlijks een oordeel over het functioneren over de wijze waarop de bestuursorganen in de topstructuur (CTG, CTZ, CVZ, CBZ, CSZ en SUO) hun taken uitvoeren.	nee
3. 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.	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Het oordeel over de uitvoering van de Ziekenfondswet is 16 december 2004 aan de Eerste en Tweede Kamer gezonden. Het oordeel over de uitvoering van de AWBZ wordt gegeven op basis van het rapport van het College toezicht zorgverzekeringen, dat januari 2005 is uitgebracht.
2. De brief over het oordeel functioneren zorgzbo's zal begin 2005 aan de Tweede Kamer worden gezonden.
3. Aan de zorgzbo's is een efficiëncykorting opgelegd, die in 2004 2,5% bedraagt. Gezien de besprekingen over de herpositionering van zorgzbo's vraagt de bespreking van het werkprogramma en de begroting aandacht. De verwachting is dat begin 2005 de goedkeuring op de begroting en werkprogramma's van de zorgzbo's kan worden gegeven.

BELEIDSARTIKEL 32: RIJKSBIJDAGEN VOLKSGEZONDHEID

32.1 Algemene doelstelling

Het mede-bekostigen van sociale ziektekostenverzekeringen uit de schatkist met als doel de premiedruk van deze verzekering binnen maatschappelijk aanvaardbare grenzen te houden.

32.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	5 659 644	6 842 903	8 422 162	8 118 287	303 875
Uitgaven	5 659 644	6 842 903	8 422 162	8 118 287	303 875
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>5 659 644</i>	<i>6 842 903</i>	<i>8 422 162</i>	<i>8 118 287</i>	<i>303 875</i>
Dekking uitgaven ziektenkostenverzekering	3 290 744	2 653 103	3 012 762	2 760 787	251 975
Dekking uitgaven AWBZ	2 368 900	4 189 800	5 409 400	5 357 500	51 900
Ontvangsten	0	252	0	0	0

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Dekking uitgaven ziektekostenverzekering

Het verschil (€ 252 miljoen) tussen de stand vastgestelde begroting 2004 en de realisatie ervan, kan worden verklaard door twee budgetmutaties in de maanden juni en juli:

- Er is éénmalig een extra rijksbijdrage verstrekt aan de Algemene Kas ZFW van € 200 miljoen teneinde de nominale Ziekenfondspremie 2004 te beperken. Deze budgetmutatie is voortgevloeid uit het najaars-overleg met werkgevers- en werknemersorganisaties verenigd in de Stichting van de Arbeid.
- Er is éénmalig een extra rijksbijdrage verstrekt aan de Algemene Kas ZFW van € 33 miljoen ten behoeve van de Overheidsbijdrage Arbeidskostenontwikkeling (loon- en prijscompensatie) in 2004. Het overige verschil van € 19 miljoen betreffen tevens loon- en prijsbijstellingen.

Dekking uitgaven AWBZ

Het verschil (€ 51,9 miljoen) tussen de stand vastgestelde begroting 2004 en de realisatie ervan, kan geheel worden verklaard door een tussentijdse aanpassing van het bedrag van de Bijdrage in de kosten van kortingen (Bikk). De Bikk compenseert de premiederving door de grondslagverkleining voor de premieheffing van o.a. de AWBZ. Deze grondslagverkleining trad op na de invoering van het nieuwe belastingstelsel. De hoogte van de Bikk is afhankelijk van de mate waarin heffingskortingen leiden tot reductie van de premieontvangsten bij het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De opwaartse bijstelling in 2004 resulteert uit de verhoging van de AWBZ-premie per 1 juli 2004. Daardoor wordt een groter deel van de heffingskortingen toegerekend aan de AWBZ-premies.

32.3 Operationele doelstellingen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. De minister stelt de rijksbijdrage ziekenfondsverzekering vast.	Ja
2. De minister stelt de Bikk-bijdrage (bijdrage in de kosten van kortingen) vast.	Ja

33.1 Algemene beleidsdoelstelling

De positie van jeugdigen in de samenleving versterken, hun kansen vergroten en uitval tegenaan

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- Ondersteunen van jeugdigen en ouders: er is duidelijkheid geschept in de taken van de gemeenten dit terrein. Er is nu duidelijk wat van gemeenten verwacht mag worden, hoe zij daar nu mee omgaan en hoe gemeenten ondersteund kunnen worden in hun taken. Als sluitstuk op dit versterken van de ondersteuning door gemeenten hebben we gewerkt aan het vastleggen van deze gemeentelijke taken in de ontwerp-Wet Maatschappelijke Ondersteuning.
- Inzet in het kader van de Operatie Jong, het samenwerkingsverband van de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW, BZK en VROM. Deze operatie richt zich op het sluitend maken van de keten van voorzieningen, dat essentieel is voor het goed ondersteunen van jeugdigen en ouders. De 12 thema's van de (jeugd)agenda van Operatie Jong zijn door ons verder ingevuld. Verder hebben we veel aandacht besteed aan de vraag wat noodzakelijk is voor een goede regie op de samenwerking binnen de keten van voorzieningen.
- In 2004 heeft de Eerste Kamer ingestemd met de Wet op de jeugdzorg, die op 1 januari 2005 in werking is getreden. We hebben veel aandacht besteed aan zaken die verbonden zijn aan de implementatie van deze wet.
- Het kabinet heeft bij het aantreden in het Hoofdlijnenakkoord besloten om preventie en jeugdzorg te versterken en heeft hiervoor middelen beschikbaar gesteld. Met ingang van 2004 hebben we in het kader van preventie extra financiële middelen verstrekt aan de gemeenten die de grootste opgave hebben op het terrein van de opvoed- en gezinsondersteuning, om de stijgende vraag naar (zwaardere) jeugdzorg te doorbreken. Daarnaast hebben we voor uitbreiding van de capaciteit en demografische groei in de jeugdzorg en de aanpak kindermishandeling middelen via een specifieke verdeelsleutel, op basis van gewogen aantal jeugdigen, over de provincies en grootstedelijke regio's verdeeld.

33.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	902 810	851 805	891 641	832 392	59 249
Uitgaven	806 149	821 509	849 902	836 797	13 105
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>802 576</i>	<i>818 755</i>	<i>847 427</i>	<i>834 460</i>	<i>12 967</i>
Adequaats stelsel van jeugdzorg	756 730	776 068	803 005	789 912	13 093
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>		211	0	115	- 115
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	<i>718 648</i>	<i>738 735</i>	<i>766 265</i>	<i>750 089</i>	<i>16 176</i>
Internaten voor kinderen binnenschippers	24 725	24 590	23 953	23 553	400
Participatie en toegankelijkheid	9 895	9 499	11 442	8 293	3 149
Lokaal sociaal beleid	8 490	5 642	6 738	9 651	- 2 913
Onderzoek en informatievoorziening	2 736	2 956	2 289	3 051	- 762
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>3 573</i>	<i>2 754</i>	<i>2 475</i>	<i>2 337</i>	<i>138</i>
Ontvangsten	11 847	14 179	9 855	7 576	2 279

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

De extra uitgaven op dit artikel hebben hoofdzakelijk (€ 11,5 miljoen) betrekking op de toevoeging van de loonbijstelling.

Ontwikkelen en waarborgen van adequaat stelsel van Jeugdzorg

Posten die hogere uitgaven met zich meebrachten betreffen de indexering van de pleegvergoeding (€ 1,0 miljoen), de overboeking van het ministerie van Justitie in verband met de overdracht voor de intakefunctie van de Raad voor de Kinderbescherming naar Bureau Jeugdzorg (€ 1,0 miljoen) en de herinvestering van opbrengsten uit de verkoop van onroerend goed door diverse instellingen in de jeugdhulpverlening (€ 3,0 miljoen). Hier tegenover staan lagere uitgaven die hoofdzakelijk het gevolg zijn van het niet of later tot betaling komen van diverse voorname-ns en projecten (1,8 miljoen).

Instandhouding internaten voor kinderen binnenschippers

De extra uitgaven op deze operationele doelstelling betreffen enerzijds een correctie in verband met het ongedaan maken van de subsidietaakstelling (€ 2,0 miljoen). Anderzijds waren er lagere uitgaven in verband met lager aantal te plaatsen kinderen in schippersinternaten dan geraamd (€ 1,8 miljoen).

Participatie en toegankelijkheid

De extra uitgaven op deze operationele doelstelling hebben hoofdzakelijk betrekking op de vervroegde afkoop van de instellingssubsidies van de Landelijke Jeugdorganisaties (€ 3,3 miljoen).

Lokaal sociaal beleid

Het verschil in de realisatie van € 2,9 miljoen op deze operationele doelstelling is voor het grootste deel het saldo van enerzijds lagere uitgaven BOS-budget (€ 2,6 miljoen) als gevolg van vertraging in het opstellen van de regeling en het verwerken van de subsidietaakstelling (€ 1,4 miljoen). Anderzijds speelt de toevoeging van middelen vanaf de Justitiebegroting in verband met opvoedingsmiddelen uit het Hoofdlijnenakkoord (€ 1,0 miljoen).

Onderzoek en informatievoorziening

De lagere realisatie op deze operationele doelstelling heeft hoofdzakelijk betrekking op de invulling van de subsidietaakstelling (€ 0,5 miljoen).

Ontvangsten

De hogere ontvangsten (€ 2,3 miljoen) worden hoofdzakelijk veroorzaakt door enerzijds ontvangsten in verband met de verkoop van onroerend goed door diverse instellingen in de jeugdhulpverlening (€ 3,0 miljoen). Deze middelen zijn aan de doeluitkering van de desbetreffende provincie/grootstedelijke regio toegevoegd. Anderzijds waren er lagere ontvangsten met betrekking tot het landelijk beleid jeugdhulpverlening (€ 1,2 miljoen).

Voor het grootste deel zijn de mutaties en realisaties van bovenstaande operationele doelstellingen al toegelicht in respectievelijk de eerste en tweede suppletore begroting 2004 (TK, 2003–2004, 29 564, nr. 2 en TK, 2004–2005, 29 906, nr. 2).

33.3 Operationele doelstellingen

33.3.1 Het ontwikkelen en waarborgen van een adequaat stelsel van jeugdzorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Realiseren van de nieuwe Wet op de jeugdzorg.	Ja
2. Nader invullen van de Wet op de jeugdzorg met algemene maatregelen van bestuur (AMvB) en ministeriële regelingen.	Ja
3. 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.	Ja
4. Uitvoeren van onderzoek en experimenten gericht op zorgvernieuwing (financieren diverse projecten).	Ja
5. Realiseren van een landelijk aanbod aan jeugdhulpverlening.	Ja
6. Instandhouden van steunfuncties voor de jeugdhulpverlening voor bijvoorbeeld zorgvernieuwing, deskundigheidsbevordering en informatievoorziening.	Ja
7. Verstrekken van een specifieke uitkering (doeluitkering) aan provincies en grootstedelijke regio's.	Ja
8. De Inspectie Jeugdzorg let op de kwaliteit van de hulpverlening (zie ook art. 37.2.3).	Ja
9. Standpunt over de opvang van jeugdigen met ernstige gedragsproblemen.	Gedeeltelijk

Tabel 33.1: Aantal aanmeldingen bij het bureau jeugdzorg en meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

	2002	2003	2003	2004	2005
	Realisatie	Realisatie	Raming	Raming	Raming
Aanmeldingen BJZ	49 837	49 140	51 000	52 000	53 000
Meldingen AMK	7 212	8 080	8 300	9 500	10 000

Bron: realisatiecijfers 2003 zijn gebaseerd op de eindrapportage taskforce wachtlijsten jeugdzorg september 2004 (CIPI 3).

De bureaus jeugdzorg zijn in 2002 begonnen met het aantal aanmeldingen uniform te registreren. De voortgangsrapportage jeugdzorg is in september 2004 aan de TK (kenmerk: DJB/JZ-2514771) aangeboden.

Toelichting:

1. De Wet op de jeugdzorg is op 1 januari 2005 van kracht geworden. Bij het opstellen van de begroting voor 2004 werd nog uitgegaan van 1 januari 2004 als inwerkingtredingdatum. Om verschillende redenen bleek deze datum niet haalbaar. De Eerste Kamer heeft de Wet op de jeugdzorg op 20 april 2004 aanvaard. Bij de behandeling van het wetsvoorstel is de motie Soutendijk aangenomen. Op grond van deze motie wordt de wet al binnen twee jaar na inwerkingtreding geëvalueerd, onder andere op de uitwerking van de verschillende financieringsbronnen achter het loket van het bureau jeugdzorg. De voorbereidingen voor de uitvoering van de motie zijn door ons in gang gezet. Gedurende 2004 heeft het veld al zoveel mogelijk conform de uitgangspunten van de wet gewerkt. Zo verzorgden de bureaus jeugdzorg in alle provincies en grootstedelijke regio's al in 2004 de toegang tot de jeugdzorg. Hun positie is formeel door de Wet op de jeugdzorg bekrachtigd. De uitvoering is in 2004 verder versterkt, onder meer door de implementatie van het referentiewerkmodel bij de bureaus jeugdzorg waarmee de werkprocessen worden geüniformeerd. Ook hebben de bureaus jeugdzorg zich voorbereid op de toegangsfunctie tot de jeugd-geestelijke gezondheidszorg in de bureaus jeugdzorg.
2. De amvb's die onder de Wet op de jeugdzorg tot stand moesten worden gebracht zijn op 1 januari 2005 in werking getreden. Dit geldt ook voor het overgrote deel van de ministeriële regelingen. Op advies van de Raad van State zijn 7 amvb's gebundeld tot één Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg (onder andere het Besluit jeugdzorg-aanspraken, het Besluit indicatie jeugdzorg en het Besluit kwaliteit en werkwijze bureau jeugdzorg). Dit komt de leesbaarheid ten goede en bevordert de samenhang in de regelgeving. De amvb's zijn vòòr inwerkingtreding in overleg met het IPO en het veld nog eens getoetst op onnodige bureaucratie. Dit heeft geleid tot enkele vereenvoudigingen. De amvb die de financiering regelt (het Tijdelijk besluit uitkeringen) heeft een looptijd tot 2007. In 2007 treedt namelijk een nieuwe amvb in werking, die voorziet in de structurele financiering van de jeugdzorg. Het perspectief hiervan wordt eind 2005 vastgesteld. De amvb met betrekking tot de te registreren beleidsinformatie (een zogenoemde «kan»- amvb) treedt in het voorjaar van 2005 in werking.
3. en 4. We hebben de middelen ingezet aan de hand van drie hoofdthema's, te weten: 1. Financiering, 2. Informatiehuishouding, 3. Kwaliteit en Innovatie. Ten behoeve van de «financiering» hebben we onderzoek

verricht naar producteenheden en normprijzen en de invoering daarvan. Bij de bureaus jeugdzorg ronden we het onderzoek in 2005 af. Bij de zorgaanbieders in de jeugdzorg zijn we gestart met implementatie, in eerste instantie via pilots (2005 ev.). Bij «informatiehuishouding» is door ons een referentiewerkmodel ontwikkeld en ingevoerd. Voor de komende jaren ligt de nadruk op de ontwikkeling en invoering van een degelijk registratiesysteem bij de bureaus jeugdzorg. Bij «kwaliteit en innovatie» hebben we de middelen ingezet ten behoeve van de invoering van certificering en een cliënttevredenheidstoets in de sector, onderzoek naar effectiviteit, onderzoeksprogrammering, verkenning van mogelijkheden om de zgn. doorbraakmethode in de jeugdzorg te gaan hanteren, ontwikkeling van benchmarking, ketenkwaliteit en doelrealisatie.

5. We hebben in 2004 de overdracht van de financiering en aansturing van de landelijk werkende instellingen naar de provincies Overijssel, Utrecht, Zuid-Holland en het Regionaal Orgaan Amsterdam voorbereid.
9. Naar aanleiding van signalen uit de politiek en de maatschappij, dat er een steeds grotere groep jeugdigen te lang in justitiële opvanginrichtingen verblijft en er een tekort is aan adequate behandelplaatsen, hebben wij en de Minister van Justitie een commissie gevraagd dit verder te onderzoeken en een advies voor een mogelijke oplossing uit te brengen. Het advies van de commissie luidt: *«zorg voor een voldoende en passend alternatief aanbod van crisisopvang, crisis-interventie en behandeling voor de groep jongeren die primair bescherming behoeft. Dat aanbod dient gestalte te krijgen binnen de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de lvg-sector en de jeugd-ggz. Beëindig de plaatsing van deze jeugdigen in de justitiële jeugd-inrichtingen»*. Tevens hebben we afspraken gemaakt in het kader van het urgentieplan om jeugdigen sneller te kunnen diagnosticeren en eventueel al tijdens het verblijf in de justitiële jeugdinrichting met ambulante behandeling te kunnen starten. Op basis van het advies van de commissie hebben we op 1 juli 2004 een brief aan de Tweede Kamer (Justitie kenmerk: 5295504/04/DJC) gestuurd waarin we aangeven het advies van de commissie te onderschrijven en, vanuit de intentie om te komen tot beëindiging van de plaatsing van jeugdigen in de justitiële jeugdinrichtingen, een nadere verkenning uit te laten voeren alvorens te komen tot een definitief en nader uitgewerkt standpunt. Hiertoe zijn diverse werkgroepen en onderzoeken gestart die in december hun resultaten hebben opgeleverd.

33.3.2 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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Financieren van opvang in internaten of pleeggezinnen voor het huisvesten, verzorgen en opvoeden van leerplichtige kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten, die niet over een vaste woon- of verblijfplaats beschikken.	Ja

Toelichting:

Tabel 33.2: Aantal kinderen dat gebruik maakt van huisvesting					
	2001	2002	2003	2004	2004
Aantal kinderen	Realisatie 1 368	Realisatie 1 311	Realisatie 1 252	Raming 1 223	Realisatie 1 227

Bron: De bovenstaande cijfers over de jaren 2001 t/m 2004 zijn respectievelijk gebaseerd op de subsidieaanvragen van CENSIS over de jaren 2002 t/m 2005 (CIP1 1).

33.3.3 Het bevorderen van participatie en toegankelijkheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Stimuleren van grotere maatschappelijke betrokkenheid en actief burgerschap voor optimale ontwikkeling jeugdigen, door jeugdigen invloed te geven op zaken die hen aangaan.	Ja
2. Op lokaal niveau beter samenwerken tussen sport-, onderwijs-, buurt- en jeugdvoorzieningen door gemeenten te stimuleren nieuwe aansprekende activiteiten aan te bieden.	Ja
3. Uit preventief oogpunt extra aandacht besteden aan kwetsbare jeugdigen	Ja
4. Ontwikkelen participatie-indicatoren om de effectiviteit van deelname jeugdigen aan vrije tijd activiteiten te meten.	Ja
5. In het kader van het EU-voorzitterschap organiseren van twee conferenties.	Ja
6. Het versterken van de basisinfrastructuur voor jeugdigen door middel van een stimuleringsregeling.	Ja

Toelichting:

1. De subsidie aan de Nationale Jeugdraad hebben we in 2004 geëvalueerd. De belangrijkste bevindingen zijn: de NJR heeft in relatief korte tijd bekendheid weten te verwerven bij zowel georganiseerde als ongeorganiseerde jongeren; jeugdigen geven aan meer van de NJR te verwachten in hun directe omgeving; financiering anders dan door VWS is in beperkte mate gerealiseerd.
2. In 2004 hebben we de tijdelijke stimuleringsregeling Buurt-Onderwijs-Sport gerealiseerd. Het doel van de regeling is het verkleinen en voorkomen van achterstanden van kwetsbare jeugdigen om daarmee problematisch en ongezond gedrag terug te dringen. Met deze regeling kunnen gemeenten een financiële bijdrage ontvangen voor projecten die via zogenaamde arrangementen sportieve of bewegingsactiviteiten voor jeugdigen aanbieden in een samenwerking tussen buurt-, onderwijs- en sportorganisaties. Voor een periode tot en met 2010 is € 80 miljoen uitgetrokken, die op basis van cofinanciering (50% rijk–50% gemeente) voor de gemeenten beschikbaar komt.
5. In het kader van het voorzitterschap van de Europese Unie waren we gastland van twee Europese conferenties. We hebben een conferentie voor ambtenaren verantwoordelijk voor kinderbeleid georganiseerd en een Europees jeugdevenement in combinatie met een bijeenkomst van directeuren-generaal verantwoordelijk voor jeugdbeleid. Het Europees jeugdevenement stond in het teken van het nieuwe Europese jeugd-

programma (2006–2013), waarmee jongeren kunnen deelnemen aan een internationale uitwisseling. De DG bijeenkomst had als thema samenhang in het jeugdbeleid.

6. We hebben in juni 2004 een driejarige subsidieregeling voor de ondersteuning van het lokale vrijwilligerswerk voor, door en met jeugdigen opgesteld en uitgevoerd. Op basis van een tender hebben we ten behoeve van 27 projecten, voor de periode 2004–2006, een projectsubsidie ter waarde van € 7,1 miljoen aan landelijke vrijwilligersorganisaties verstrekt.

33.3.4 Het ondersteunen van lokaal sociaal beleid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Samen met OCenW faciliteren we op landelijk niveau de verdere ontwikkeling van brede scholen.	Ja
2. Subsidiëren van de ontwikkeling en toepassing van methoden op het gebied van opvoedondersteuning, jeugdwerk en wijkgebonden strategieën. Start twee nieuwe CtC -pilots (Community's that Care) in Leeuwarden en Den Haag.	Gedeeltelijk
3. Terugdringen van taal- en ontwikkelingsachterstanden van kinderen. Samen met OCenW subsidiëren we in het kader van het onderwijsachterstandenbeleid initiatieven, om in gemeenten ouders en kinderen deel te laten nemen aan VVE-programma's (voor- en vroegschoolse educatie).	Ja
4. Verduidelijken wat gemeenten moeten doen aan preventief jeugd-beleid. Van gemeenten en provincies wordt verwacht dat ze de jeugdketen sluitend maken op lokaal en regionaal niveau.	Ja

Toelichting:

1. Via www.bredeschool.nl worden gemeenten en brede scholen geïnformeerd over goede voorbeelden. In 2004 zijn we gestart met het onderzoek naar de effecten van de brede school.
2. In 2004 zijn we gestart met twee nieuwe CtC-pilots in de gemeenten Leeuwarden en Den Haag. De gemeente Den Haag heeft door het ontbreken van Community Readiness (draagvlak binnen gemeente) geen uitwerking kunnen geven aan de CtC-pilot. Het project in Den Haag is inmiddels stopgezet.
3. In samenwerking met het Ministerie van SZW zijn we gestart met een onderzoek naar VVE in de kinderopvang. Het doel is te onderzoeken hoe vaak VVE in de kinderopvang voorkomt en welke factoren stimulerend of belemmerend zijn voor het aanbieden van VVE in de kinderopvang.
4. Het bestuurlijk overleg tussen VWS, Justitie, VNG en IPO heeft in 2004 vastgesteld welke functies het preventieve lokale jeugdbeleid minimaal moet vervullen voor het realiseren van een sluitend hulpaanbod, voorafgaand aan de jeugdzorg. Gemeenten zijn hierover met behulp van een brochure geïnformeerd. Daardoor is verder verduidelijkt wat gemeenten moeten doen aan preventief jeugdbeleid. In 2004 is onderzoek uitgevoerd naar de manier waarop gemeenten de functies uitvoeren en tegen welke belemmeringen zij in de uitvoering aanlopen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zijn we eind 2004 een traject gestart om gemeenten te ondersteunen bij het implementeren van de functies in het lokaal preventieve jeugdbeleid. De VNG voert dit traject uit.

33.3.5 Het stimuleren van onderzoek, monitoring en informatievoorziening

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Opstellen van een jeugdmonitor en effectrapportages voor jeugd-beleid.	Gedeeltelijk
2. Financieren van rapportages en ondersteunen van activiteiten in het kader van het VN-verdrag voor de rechten van het kind.	Ja
3. Financieren activiteiten van het NICAM.	Ja

Toelichting:

1. In het kader van Operatie JONG hebben we in 2004 uitwerking gegeven aan de integrale jeugdmonitor. Door het EIM/IOO is een werkmodel en dummy opgesteld. Tevens hebben we een start gemaakt met het inrichten van een interbestuurlijke projectgroep die de opbouw van de monitor ter hand neemt. De interbestuurlijke projectgroep bestaat uit de departementen van OCW, BZK, Justitie, VWS, SZW en Financiën, de VNG en het IPO.
2. Wij hebben de Nederlandse delegatie geleid die in januari 2004 voor de tweede maal aan het VN-Kinderrechtencomité in Genève gerapporteerd heeft over de uitvoering van het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind. In 2007 dient Nederland een volgend rapport in te dienen. Mede in vervolg hierop heeft Nederland in augustus het Nationaal Actieplan Kinderen 2004 aan de Verenigde Naties aangeboden. Het uitbrengen van een dergelijk plan was een gevolg van de VN-Kindertop in 2002 in New York, waarbij de lidstaten zich verplichtten om een dergelijk plan op te stellen. In het Actieplan is ook aangegeven welke acties Nederland heeft ondernomen naar aanleiding van de aanbevelingen van het VN-Kinderrechtencomité in Genève. Het Nationaal Actieplan Kinderen is tevens aan de Tweede Kamer (TK, 2003–2004, 29 284 en 26 150, nr. 3) gezonden.

BELEIDSARTIKEL 34: SOCIAAL BELEID¹

34.1 Algemene beleidsdoelstelling

Sociaal beleid heeft tot doel versterking van de leefsituatie in Nederland.

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- In 2004 heeft het kabinet in verband met de ontwikkelingen rond de WMO besloten om geen landelijk beleidskader welzijn uit te brengen. Dit beleidskader zou in de plaats komen van de welzijnsnota die eenmaal per 4 jaar verschijnt. In de begroting 2004 is in de beleidsagenda een paragraaf opgenomen over het nieuwe subsidiebeleid. In september 2003 is hierover een aparte brief gegaan naar de TK waarin het nieuwe subsidiebeleid is toegelicht. Het resultaat van het nieuwe subsidiebeleid is neergelegd in de KIM-nota (Kennis, Innovatie en Meedoen). De in 2004 verstrekte subsidies op grond van de Welzijns-wet zijn op basis van het nieuwe subsidiebeleid verstrekt.
- Het WILL-project heeft als doelstelling de ontwikkeling, invoering en het beheer van een deugdelijke informatievoorziening in de welzijnssector die bruikbare sturingsinformatie genereert voor burgers, instellingen, gemeenten en het Rijk. Het project, dat in 2003 is gestart en doorloopt tot 2007, verloopt voorspoedig. Er nemen nu 70 gemeenten en 90 instellingen aan deel.
- Om de sociale samenhang tussen buurt, onderwijs en sport te versterken is de Tijdelijke stimuleringsregeling buurt, onderwijs en sport (BOS) ontwikkeld. Op 6 oktober 2004 is de BOS-impuls gepubliceerd. De eerste tranche sloot op 15 december, er zijn 69 aanvragen ingediend door 39 gemeenten. De eerste projecten zullen in maart 2005 starten.

¹ Met ingang van 1 april 2004 is de Directie Sociaal Beleid opgeheven en een nieuwe Directie Lokaal Beleid opgericht. Dit beleidsartikel heet in de begroting 2005 nu: Lokaal Beleid.

34.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	83 378	56 838	33 567	52 765	- 19 198
Uitgaven	65 971	67 924	52 400	65 141	- 12 741
<i>Programma-uitgaven</i>	62 264	64 431	50 403	62 126	- 11 723
Maatschappelijke participatie	24 488	26 031	23 118	23 042	76
<i>waarvan specifieke uitkeringen</i>	8 138	9 410	7 374	7 433	- 59
Toegankelijke kennis	10 827	11 485	17 613	15 844	1 769
Professionaliteit en kwaliteit	1 022	1 443	1 757	1 777	- 20
Zelfredzaamheid van burgers	2 513	2 731	1 872	2 500	- 628
Leefbaarheid in wijken van grote steden	0	0	219	4 948	- 4 729
Afbouw/overdracht van taken	23 414	22 741	5 824	14 015	- 8 191
<i>Apparaatsuitgaven</i>	3 707	3 493	1 997	3 015	- 1 018
Ontvangsten	2 562	4 737	946	0	946

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Maatschappelijke participatie

Bij de begrotingsbehandeling is aan de Tweede Kamer een impuls toegezegd voor de landelijke ondersteuningsstructuur voor het vrijwilligerswerk voor en door de jeugd. Bij de 2^e suppletore wet is de ontwerpbegroting verhoogd met bovengenoemde impuls van € 0,5 miljoen. Tevens is bij 2^e suppletore wet de begroting verhoogd met de loonbijstelling.

Als gevolg van de vertraging van de visienotitie vrijwilligersbeleid en de ontwikkelingen in het kader van de Wet Maatschappelijke ondersteuning is een aantal voornemens niet tot besteding gekomen. Ten gevolge hiervan is de begroting bij 2^e suppletore wet verlaagd met € 0,6 miljoen.

Toegankelijke kennis

Bij de 2^e suppletore wet is de begroting verhoogd met € 2,8 miljoen. Dit betreft € 0,2 miljoen voor loonbijstelling en € 2,6 miljoen voor een eenmalige subsidie aan het NIZW ter financiering van de reorganisatiekosten die voortvloeien uit de herinrichting van de kennisinfrastructuur. Bij de 2^e suppletore wet is de begroting verlaagd met € 0,6 miljoen in verband met overdracht van de stichting Nederlandse Gezinsraad.

Professionaliteit en kwaliteit

Bij de 1^e suppletore wet is de begroting verlaagd met € 0,5 miljoen als gevolg van een taakstelling op projectsubsidies. Bij de 2^e suppletore wet is de begroting verhoogd met € 0,6 miljoen in verband met intensivering van het project Welzijn Informatie Lokaal en Landelijk (WILL).

Zelfredzaamheid van burgers

Bij de 1^e suppletore wet is de begroting verlaagd met € 0,5 miljoen als gevolg van een taakstelling op projectsubsidies.

Leefbaarheid in wijken van grote steden

Bij de 1^e suppletore wet is de begroting verlaagd met € 1,8 miljoen als gevolg van een taakstelling op projectsubsidies.

Daarnaast is bij 2^e suppletore wet de begroting voor het jaar 2004 verlaagd met € 2,5 miljoen. Dit betreft het oorspronkelijk voornemen «Aanpak 50 wijken» dat is opgegaan in het budget van de «BOS-regeling». Door de latere inwerkingtreding van de BOS-regeling is genoemd bedrag in 2004 niet tot besteding gekomen.

Afbouw en overdracht

Bij de 1^e suppletore wet is de begroting verlaagd met € 5,4 miljoen als gevolg van een overdracht van Forum, Vereniging Vluchtelingenwerk Nederland en Vluchtelingen Organisaties Nederland naar het ministerie van Justitie. Bij de 2^e suppletore wet is de begroting verlaagd met € 2,6 miljoen. Dit betreft een aanvullend budget € 2,3 miljoen voor bovengenoemde stichtingen en € 0,3 miljoen als gevolg van lagere uitgaven wachtgeldsuppletie.

Apparaatskosten

Per 1 april 2004 is de Directie Sociaal Beleid opgeheven en de Directie Lokaal Beleid. De lagere uitgaven van de apparaatskosten worden verklaard doordat de reorganisatie heeft geleid tot een aanzienlijke reductie in FTE's (van 55 naar 33).

Ontvangsten

Het verschil van € 0,9 miljoen tussen de begroting en realisatie wordt verklaard door bijdragen van andere departementen in verband met gezamenlijke financiering van projecten, ontvangsten van gemeenten in verband met lagere uitgaven voor projecten in het kader van de «Tijdelijke stimuleringsregeling vrijwilligerswerk» en terugontvangsten in verband met minder wachtgelduitkeringen over het jaar 2003.

34.3 Operationele doelstellingen

34.3.1 Het vergroten van maatschappelijke participatie van burgers in buurt en vereniging door vrijwilligerswerk

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Geactualiseerde visie op het vrijwilligerswerkbeleid presenteren.	Gedeeltelijk
2. Verkennen van mogelijkheden voor een sociaal jaar voor jongeren van 16–27 jaar.	Gedeeltelijk
3. Ontwikkeling en implementatie van maatschappelijke stages voortgezet.	Ja
4. Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk (TSV).	Ja
5. Commissie Vrijwilligersbeleid.	Ja

Toelichting:

1. Beoogd was in 2004 een geactualiseerde visie op het vrijwilligerswerkbeleid te presenteren. De ontwikkeling van een visie heeft in 2004 plaatsgevonden. In de VWS-begroting 2005 zijn reeds de voornaamste beleidsprioriteiten voor de beleidsperiode 2005–2007 beschreven. De Commissie Vrijwilligersbeleid heeft in januari 2005 het eindrapport gepresenteerd. Dit wordt mede gebruikt om de visienotitie uit te

- werken tot een beleidsplan met concrete actiepunten. Dit beleidsplan zal in de eerste helft van 2005 worden gepresenteerd.
2. Het onderzoek naar de mogelijkheden voor een Sociaal Jaar voor Jongeren van 16–27 jaar leidde in 2004 tot een eindrapport. In reactie daarop is gestart met de voorbereiding van een kabinetsstandpunt over het Sociaal Jaar. Meerdere departementen dragen daaraan bij. De beoogde pilots om ervaringsgegevens te verkrijgen zijn in 2004 niet uitgevoerd, omdat eerst het kabinetsstandpunt wordt afgewacht. Dit wordt in mei 2005 verwacht.
 4. Voor de subsidiëring van gemeenten en provincies die participeren in de Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk (TSV) was 2004 het laatste jaar. Omdat veel gemeenten en provincies laat op gang zijn gekomen met de uitvoering van hun TSV-activiteiten, heeft de staatssecretaris van VWS besloten de uitvoeringstermijn van de TSV te verlengen tot 31 december 2005. Daarmee zullen de beleidseffecten ook in 2006 zichtbaar worden.

34.3.2 Het beschikken over toegankelijke kennis voor het uitvoerend werk en voor de beleidsevaluatie en -ontwikkeling van de sector maatschappelijke zorg

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Instandhouden van de kennisinfrastructuur.	Ja
2. Betere aansturing en herinrichting kennisinfrastructuur.	Gedeeltelijk

Toelichting:

2. Hierbij is voortgang geboekt, waarbij wordt aangesloten bij de VWS-brede ontwikkelingen die nog in volle gang zijn (zie ook onze brief van 9 september 2004; TK 2003–2004, 29 214, nr. 9). Er wordt gewerkt aan een Kenniscentrum Maatschappelijke Inzet, dat gemeenten en uitvoerend werk zal ondersteunen op de terreinen die door de WMO bestreken zullen worden. De deelnemende organisaties (NIZW, CIVIQ, LCO en X-S2) hebben overeenstemming bereikt over het oprichten van een nieuwe rechtspersoon om het nieuwe kenniscentrum te vormen en streven naar een fusie. Voor het NIZW heeft de komende herinrichting van de kennisinfrastructuur en de komst van de WMO verregaande consequenties. Dit maakte een grootscheepse reorganisatie noodzakelijk bij het NIZW. Het NIZW heeft in 2004 een eenmalige subsidie van € 2,6 miljoen ontvangen voor de kosten van die reorganisatie.

34.3.3 het bevorderen van professionaliteit en kwaliteit van welzijnsvoorzieningen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Verbetering van de professionaliteit van beroepsbeoefenaren.	Ja
2. Ondersteunen van het project Welzijn Informatie Lokaal en Landelijk (WILL).	Ja
3. Kwaliteitsbeleid van het sociaal-cultureel werk en ouderenwerk intensiveren/verbeteren.	Ja

Toelichting:

De ontwikkelagenda voor de welzijnssector richt zich op de drie speerpunten professionaliteit, informatievoorziening en kwaliteitsbeleid.

2. Het WILL-project verloopt voorspoedig. Er nemen nu 70 gemeenten en 90 instellingen aan deel. Voor veel werksoorten zijn productdefinities vastgesteld. Deze eenheid van taal is de basisvoorwaarde voor het kunnen meten en vergelijken. Er is een functieclassificatie vastgesteld die politieke verantwoording van de resultaten van lokaal welzijnswerk mogelijk maakt. Voor klanttevredenheidsonderzoek is een best practice vastgesteld die met positief resultaat is getest. Gemeenten en instellingen zijn het ook eens over de financierings- en beleidscyclus. Gezien deze hoopgevende resultaten en de ambitieuze doelstellingen voor de komende jaren heeft VWS besloten € 3,3 miljoen te reserveren voor de aanschaf, installatie en beheer van een Welzijnsadministratiesysteem Lokaal en Landelijk voor de periode 2005 t/m 2007.

34.3.4 Het versterken van de zelfredzaamheid van burgers op lokaal niveau

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Coördinatie van de sociale pijler plattelandsbeleid en in verband daarmee uitvoering van de aanbevelingen uit het rapport Bewogen Barrières.	nee
2. Implementeren van de sociale structuurschets landelijk gebied.	Ja
3. Eigentijds antwoord verschralling van voorzieningen.	Ja
4. Project provinciale steun bij lokaal sociaal beleid.	Ja
5. Monitor lokaal sociaal beleid.	Ja
6. Uitvoeren van het project «Welzijn versterkt».	Gedeeltelijk

Toelichting:

1. Afgesproken is, dat de coördinerende bewindspersoon plattelandsbeleid, de minister van LNV, (brief minister LNV aan de Tweede Kamer van 27 april 2004 over de Agenda Vitaal Platteland) tevens optreedt als coördinator voor de sociale pijler hierbinnen, dit in navolging van de gekozen procedure bij het Grote stedenbeleid (GSB). In de brief van 27 april 2004 aan de Tweede Kamer deelt de minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties (BVK) het besluit mee, dat in het kader van het GSB de beleidsterreinen Sociaal, Integratie en Veiligheid zijn samengevoegd tot één Brede Doeluitkering (BDU). De coördinatie en het administratieve beheer van deze BDU zijn in handen gelegd van de minister voor BVK (*Nota Samenwerken aan de krachtige stad*, als bijlage gevoegd bij genoemde brief). VWS blijft voor het eigen beleidsdomein partner en deelnemer in het interdepartementale beleid rond de Agenda Vitaal Platteland.
6. Voor «Welzijn versterkt», het samenwerkingsproject van het NIZW, Verdiwel, de MOgroep en Forum om de activiteiten van de welzijnssector een krachtige impuls te geven, was 2004 het derde jaar. Er zijn drie inhoudelijke speerpunten: veiligheid, zorg en diversiteit. Het bovengenoemde kwaliteitsproject is het vierde speerpunt waarop onder de vlag van Welzijn versterkt wordt ingezet. De activiteiten ten behoeve van het vergroten van de buurtveiligheid verlopen voorspoedig. Er zijn inmiddels meer dan 50 projecten buurtbemiddeling en 20 in oprichting. Met het speerpunt diversiteit gaat het minder goed, wat mede is te wijten aan de overgang naar Justitie van FORUM dat daardoor in een andere omgeving is terechtgekomen. Het speerpunt

zorg is erop gericht om welzijnsinstellingen beter toe te rusten voor hun nieuwe taken als gevolg van de extramuralisering en de vermaatschappelijking van de zorg. Inmiddels hebben 25 instellingen dit traject deskundigheidsbevordering doorlopen en is er een veelgeraadpleegde website.

34.3.5 Verbeteren leefbaarheid in wijken van grote steden

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het verhogen van de leefbaarheid in wijken en buurten van grote steden.	Ja
2. Overleg met G30-gemeenten en departementen met aandeel in de sociale pijler.	Ja
3. Ondersteunen van lokale partners.	Ja

Toelichting:

- Om de sociale samenhang tussen buurt, onderwijs en sport te versterken is de Tijdelijke stimuleringsregeling buurt, onderwijs en sport (BOS) ontwikkeld. Deze subsidieregeling beoogt gemeenten te ondersteunen bij het organiseren van arrangementen. De arrangementen zijn erop gericht achterstanden bij de jeugd van vier tot negentien jaar aan te pakken en dienen in samenwerking in de BOS-driehoek gerealiseerd te worden. Om gemeenten inhoudelijk te adviseren is het ondersteuningsnetwerk BOS opgericht. Ook kunnen gemeenten in het kader van het BOS-traject gebruik maken van impulsteams. Op 6 oktober 2004 is de BOS-impuls gepubliceerd. De eerste tranche sloot op 15 december 2004. Er zijn 69 aanvragen ingediend door 39 gemeenten. De eerste projecten zullen in maar 2005 starten.
- De minister van BZK vervult de algemene coördinatie voor het (totale) grotestedenbeleid. VWS heeft daardoor haar programma-aandeel in de sociale pijler van het grotestedenbeleid beperkt tot de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en (gemeentelijke) verslavingszorg én een onderdeel van het lokale gezondheidsbeleid, namelijk terugdringen van overgewicht. De VWS-middelen die hiermee zijn gemoeid zijn ingebracht in een brede doeluitkering voor de sociale pijler, onder beheer van BZK.

34.3.6 Afbouw/overdracht van taken

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Overdracht en afbouw subsidies.	Ja

BELEIDSARTIKEL 35: SPORT

35.1 Algemene beleidsdoelstelling

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

De belangrijkste resultaten in 2004 zijn:

- De blikvanger bij sportgezondheid was de landelijke «FLASH»-campagne, die tot doel had een actieve leefstijl te bevorderen.
- Op het terrein van de breedtesport is in 2004 het project BOS (Buurt, onderwijs en sport) van start gegaan. De bijbehorende stimuleringsregeling beoogt gemeenten te ondersteunen en te stimuleren bij het organiseren van samenwerkingsverbanden tussen buurt, onderwijs en sport, om achterstanden bij de jeugd van vier tot negentien jaar aan te pakken. De eerste BOS-projecten zullen in maart 2005 starten. Voor het stimuleren en verder ontwikkelen van breedtesport is ook in 2004 door gemeenten gebruik gemaakt van de breedtesportimpuls.
- Op het vlak van het kader zijn twintig sportbonden gestart met het moderniseren van hun opleidingen op basis van de nieuwe kwalificatiestructuur voor sportopleidingen. Ook is subsidie verstrekt aan 78 gemeenten voor het in stand houden van de ID-banen in de sport.
- Bij de topsport springen uiteraard de prestatie van de Olympische en Paralympische sporters in Athene in het oog. In 2004 is ingezet op de ondersteuning van sportbonden bij hoogwaardige begeleiding van topsporters, talentherkenning en de organisatie van topsportevenementen en -accommodaties, teneinde de voorwaarden te scheppen voor toekomstige sportsuccessen.
- In het kader van het Europees Jaar van Opvoeding door Sport is een groot aantal activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd. In het oog springende projecten waren «De sportiefste school» en «De dag van de sport» in de Nationale Onderwijsweek.

35.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	76 209	81 573	57 799	53 791	4 008
Uitgaven	69 833	73 130	74 081	69 901	4 180
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>67 075</i>	<i>70 449</i>	<i>71 301</i>	<i>67 216</i>	<i>4 085</i>
Breedtesport	53 325	52 367	53 804	48 278	5 526
waarvan specifieke uitkeringen	13 325	16 828	11 586	8 872	2 714
Topsport	13 750	18 082	17 497	18 938	- 1 441
Apparaatsuitgaven	2 758	2 681	2 780	2 685	95
Ontvangsten	8 131	726	1 074	31	1 043

Uitgaven

Breedtesport

Een bedrag van circa € 5 miljoen is gebruikt voor de versnelde betaling van aanbouwsubsidies.

Voor de eenmalige ondersteuning van ID-banen in de sportsector is € 1,5 miljoen gesubsidieerd.

De subsidies aan instellingen zijn met € 0,4 miljoen verhoogd door het toedelen van de loonbijstelling.

Er is voor circa € 0,2 miljoen subsidie verleend, aan de Koninklijke Nederlandse Hippische Sportfederatie voor deskundigheidsbevordering, die niet was geraamd. Dit is mogelijk gemaakt door de bijdrage van het ministerie van LNV, die al in de 2^e suppletore wet aan de Tweede Kamer is gemeld. Het restantbedrag van de opgelegde bezuinigingen van € 0,6 miljoen is ingevuld bij de projectsubsidies.

De uitgaven voor het onderzoeksprogramma Sport Bewegen en Gezondheid van € 0,6 miljoen en de uitgaven voor de FLASH campagne van € 0,4 miljoen worden in verband met de uitvoering door ZonMw op beleidsartikel 21 verantwoord terwijl ze op dit artikel waren geraamd.

De overschrijding van € 2,7 miljoen bij de Specifieke uitkeringen is een gevolg van het opnemen van een te laag bedrag in de Ontwerp-begroting 2004. Daarin zijn per abuis alleen de bijdragen aan Gemeenten in het kader van de Breedtesportimpuls opgenomen en was geen rekening gehouden met de bijdragen aan Provincies en de Grote Steden. Rekening houdend met deze bijdragen zou het begrotingsbedrag uitgekomen zijn op € 11,3 miljoen, hetgeen in overeenstemming is met de realisatie over 2004.

Topsport

Vanwege de bezuinigingen is circa € 1,8 miljoen aan geraamde projectsubsidies niet gerealiseerd.

Er is voor circa € 0,4 miljoen subsidie verleend, aan de Koninklijke Nederlandse Hippische Sportfederatie voor het topsportbeleid, die niet was geraamd. Dit is mogelijk gemaakt door de bijdrage van het ministerie van LNV, die al in de 2^e suppletore wet aan de Tweede Kamer is gemeld.

Apparaatsuitgaven

De verhoogde apparaatsuitgaven zijn het gevolg van de verrichte extra activiteiten ten tijde van de Olympische Spelen en het Europees Kampioenschap voetbal.

Ontvangsten

Er is € 1 miljoen meer ontvangen dan oorspronkelijk geraamd door definitieve afrekening van in het verleden verleende subsidies op een groot aantal projecten.

35.3 Operationele doelstellingen

35.3.1 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.

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Stimuleren van gezonde lichaamsbeweging en tegengaan van inactiviteit, met speciale aandacht voor mensen met een chronische aandoening.	Ja
2. Ontwikkelen van breedtesportbeleid, voornamelijk gericht op de grote steden.	Ja
3. Bevorderen van de deelname van mensen met een handicap in alle takken van sport, door organisatorische integratie bij reguliere sportbonden.	Ja
4. Uitbouwen van de ondersteuningsstructuur aan gemeenten, provincies en sportbonden op het terrein van kaderbeleid en interne organisatie.	Ja
5. Bevorderen van de kwaliteit van het beschikbare kader van sportverenigingen.	Ja

Toelichting:

1. Uit de meest recente monitoringcijfers (geanalyseerde cijfers uit 2003) blijkt dat momenteel:
 - ruim 47% van de Nederlandse bevolking voldoet aan de NNGB (was 40% in 1998 en 45% in 2001);
 - 12% van de Nederlandse bevolking inactief is (was 12% in 1998 en 14% in 2001).
 - 46% van de Nederlandse bevolking de Nederlandse Norm Gezond Bewegen kende kort na uitzendperiode van het Postbus 51-spotje. Bronnen: Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2002/2003 (TNO), Cipi code 1 en Postbus 51 bulletin 17-1-2005, Cipi code 3.
2. De (tijdelijke) stimuleringsregeling buurt, onderwijs en sport (BOS) is tot stand gebracht. Het doel van de BOS-regeling is het verkleinen en voorkomen van achterstanden van kwetsbare jeugdigen in de leeftijd van vier tot negentien jaar om daarmee problematisch en ongezond gedrag terug te dringen. De eerste projecten gaan in maart 2005 van start. In het kader van de breedtesportimpuls zijn ook in 2004 bijdragen verstrekt aan de grote steden.
3. In 2004 is het traject van organisatorische integratie van de gehandicapten sport in de algemene sport voortgezet. Opnieuw zijn drie projecten in uitvoering genomen. NebasNsg en NOC*NSF ondersteunen dit integratieproces.
4. Van de breedtesportimpuls is in 2004 voor het laatst door ca. 80 gemeenten gebruik gemaakt. De laatste toegewezen projecten zullen in 2008 aflopen. Eind 2004 is de tweede meting in het kader van de evaluatie van de breedtesportimpuls gereed gekomen. De rapportage zal in 2005 aan de Tweede Kamer worden toegezonden.
5. De activiteiten ten aanzien van de beperkte professionalisering – waaronder verenigingsmanagers – en de verdere samenhang van opleidingen (samen met het onderwijsveld) zijn voortgezet. Er zijn uitkeringen verstrekt aan 78 gemeenten voor de instandhouding van 838 ID-banen.

35.3.2 De beoefening van topsport in Nederland onder professionele en maatschappelijk verantwoorde omstandigheden bevorderen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het positieve van topsport bevorderen en negatieve bijverschijnselen tegengaan.	Ja
2. Het bevorderen van een goed topsportklimaat.	Ja

Toelichting:

- In 2004 werden de organisaties Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken (NeCeDo) en Doping Controle Nederland (DoCoNed) financieel ondersteund. Het geplande aantal dopingcontroles is gehaald. Het aantal «positieve» gevallen is hoger dan de voorgaande jaren aangezien vanaf 2004 als gevolg van de eisen van het Wereld Anti Doping Agentschap (WADA) elk monster wordt onderzocht op cannabis en op corticosteroiden. De coördinatie van activiteiten van de betrokken organisaties werd bevorderd door het Nationaal Anti-Doping Platform. Op verzoek van de Kamer werd een studie gedaan naar de risico's van gendoping. Belangrijke aanbevelingen zijn: gerichte voorlichting en het ontwikkelen van detectiemethoden. Het opzetten van een informatiesysteem voor voedingssupplementen werd afgerond. Internationaal wordt met name gewerkt aan het totstandkomen van een mondiale anti-dopingconventie onder coördinatie van Unesco. In 2004 was Nederland bestuurslid van het WADA op basis van het voorzitterschap van de EU.

Tabel 35.1: Aantal controles dat DoCoNed in de afgelopen jaren heeft uitgevoerd en het aantal «positieve» gevallen, dat hieruit naar voren is gekomen

Jaar	Aantal controles	Waarvan «positieve» gevallen
2000	1 757	22
2001	2 321	45
2002	2 755	45
2003	2 792	42
2004	2 848	65

Bron: Jaarverslag DoCoNed, Cipi code 3

- In 2004 hebben 55 bonden een bijdrage ontvangen voor het opzetten respectievelijk uitvoeren van een talentherkennings- en ontwikkelingsprogramma. In het kader van het beleid voor evenementen en accommodaties hebben 24 organisaties een subsidie ontvangen voor 38 evenementen. Voor de bouw respectievelijk innovatie van een sportaccommodatie zijn 8 subsidies verstrekt. In 2004 hebben 45 bonden een bijdrage ontvangen voor de uitvoering van hun topsportbeleidsplan gericht op de hoogwaardige begeleiding van topsporters. Het totaal aantal A-topsporters en het aantal A-topsporters dat een beroep deed op de stipendiumregeling is opnieuw gestegen. Het Fonds voor de Topsporter ontving als gevolg van het Amendement Rijpstra (TK 2003–2004, 29 200 XVI, nr. 65) een aanzienlijke

extra bijdrage (€ 0,9 miljoen) om de stipendiumregeling voor A-topsporters op weg naar de Olympische en Paralympische Spelen aan te vullen.

Tabel 35.2: Aantal A-topsporters en het aantal A-topsporters dat gebruik maakt van de stipendiumregeling

Peildatum	A-topsporters	Waarvan stipendium genieten
Februari 2001	353	150
Mei 2002	477	241
Juni 2003	452	245
Januari 2005	513	289

Bron: Fonds voor de Topsporter, Cipi code 3

Het programma «Performance 2004» was er op gericht om de randvoorwaarden te optimaliseren die nodig zijn voor de te leveren sportieve prestaties tijdens de Olympische en Paralympische spelen. Nederland heeft met het behalen van 22 Olympische medailles, waaronder 4 gouden, en 29 Paralympische medailles, waaronder 5 gouden, uitstekende prestaties neergezet.

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 instandhouden om daaruit lering te trekken en het versterken van de internationale samenwerking op dit terrein.

De op doelmatige wijze verstrekte pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen aan oorlogsgetroffenen en hun nabestaanden kunnen als belangrijkste beleidsprestatie van dit beleidsartikel worden aangeduid.

36.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	472 700	439 855	439 088	395 708	43 380
Uitgaven	473 040	443 021	437 844	397 360	40 484
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>471 576</i>	<i>441 616</i>	<i>436 750</i>	<i>396 167</i>	<i>40 583</i>
Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen	432 159	428 460	427 872	387 240	40 632
<i>waarvan bijdrage aan ZBO's</i>	<i>32 509</i>	<i>31 763</i>	<i>29 026</i>	<i>32 749</i>	<i>- 3 723</i>
Herdenken en vieren gebeurtenissen WOII	5 277	5 952	4 307	4 637	- 330
Activiteiten thema «Tegoeeden WOII»	34 140	7 204	4 571	4 290	281
<i>waarvan bijdrage aan ZBO's</i>	<i>14 112</i>	<i>4 728</i>	<i>3 018</i>	<i>3 458</i>	<i>- 440</i>
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>1 464</i>	<i>1 405</i>	<i>1 094</i>	<i>1 193</i>	<i>- 99</i>
Ontvangsten	1 187	3 034	1 355	0	1 355

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen

Het verschil van € 40,6 miljoen kan grotendeels verklaard worden uit de indexering van de pensioenen en uitkeringen. Daarmee was een bedrag gemoeid van € 32,7 miljoen. Daarnaast zijn in september en december 2004 de ramingen van de wetten bijgesteld voor een bedrag van in totaal € 4,2 miljoen. In december 2004 zijn de ramingen opnieuw naar boven bijgesteld, dit keer met € 6 miljoen vanwege tekorten die zich op dat moment manifesteerden bij met name de wetten WUV en Wubo. De verhoging, die meerjarig moet plaatsvinden, was onder andere nodig in verband met een onderschatting van het aantal 65+-ers bij de Wet uitkeringen Vervolgingslachtoffers 1940–1945 (WUV).

De subsidiegelden voor het Joods Maatschappelijk Werk (€ 1,7 miljoen)

zijn in 2004 overgeheveld van beleidsartikel 24 (Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang) naar dit beleidsartikel. Verder zijn de bijdragen aan ZBO's verminderd met € 3,9 miljoen. Dit laatste houdt verband met de daling van de apparaatskosten van de Pensioen- en uitkeringsraad (PUR).

Ontvangsten

De hogere ontvangsten hebben betrekking op de afrekening van de apparaatskosten van de PUR over 2003 (€ 0,8 miljoen).

36.3 Operationele doelstellingen

36.3.1 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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het op een kwalitatief goede en doelmatige wijze verstrekken van pensioenen, uitkeringen en bijzondere voorzieningen aan oorlogsgetroffenen en hun nabestaanden.	Ja
2. Evaluatie kostprijsmodel PUR.	Ja
3. Voor maatschappelijk werk en sociale dienstverlening voor oorlogsgetroffenen is aan negen instellingen subsidie verleend.	Ja
4. De subsidiesystematiek voor de immateriële hulpverlening zal in 2004 worden geëvalueerd.	Gedeeltelijk
5. Waarborgen van continuïteit en kwaliteit in de bedrijfsvoering van de uitvoeringsorganisaties (PUR en begeleidende instellingen), bij een gestaag dalende werklast.	Ja

Toelichting:

1. Tabel 36.1 geeft een overzicht van het aantal pensioenen en uitkeringen en de daarmee gemoeide financiële middelen over de periode 2001–2004. Bij de Wuv en de Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945 (Wubo) wordt tevens melding gemaakt van de uitgaven voor de bijzondere voorzieningen als onderdeel van de totale uitgaven voor die wetten. Bijzondere voorzieningen zijn tegemoetkomingen of vergoedingen die specifiek bestemd zijn voor erkende oorlogsgetroffenen en hun basis vinden in de verschillende oorlogswetten, bijvoorbeeld vergoedingen voor medisch-noodzakelijke voorzieningen, vervoer, huishoudelijke hulp of tegemoetkomingen voor medisch-sociaal wenselijke voorzieningen als deelname aan het maatschappelijke verkeer.

Tabel 36.1: Gebruik wetten en regelingen voor oorlogsgetroffenen* (2001–2004)

(bedragen x € 1 miljoen)	2001 realisatie	2002 realisatie	2003 realisatie	2004 Raming	2004 realisatie
Wbp¹					
Gemiddeld aantal betaalbare pensioenen	6 520	6 280	5 845	5 336	5 432
Totale uitgaven Wbp	116,0	113,7	108,4	96,5	103,1
Wuv²					
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. uitk. art. 21b)	22 142	21 421	20 642	19 364	19 903
Totale uitgaven Wuv	202,5	211,6	210,8	192,7	210,9
<i>Waarvan uitgaven bijzondere voorzieningen</i>	<i>29,9</i>	<i>32,7</i>	<i>36,5</i>	<i>36,4</i>	<i>36,9</i>
Wubo³					
Gemiddeld aantal betaalbare uitkeringen (incl. toeslag art. 19)	12 564	13 106	13 475	13 639	13 541
Totale uitgaven Wubo	49,6	61,1	63,5	63,5	67,7
<i>Waarvan uitgaven bijzondere voorzieningen</i>	<i>8,0</i>	<i>16,8</i>	<i>18,8</i>	<i>19,9</i>	<i>22,4</i>
AOR⁴					
Omvang bestand per ultimo	632	698	810	985	995
Totaal uitgaven AOR	2,8	3,3	4,1	4,6	4,4

Bron: PUR, SAIP (voor de AOR) januari 2005 (CIPI 2); realisatiecijfers 2004 zijn voorlopig; raming 2004 is van december 2003.

¹ Wbp: Wet buitengewoon pensioen 1940–1945, Wet buitengewoon pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers en Wet buitengewoon pensioen Indisch verzet.

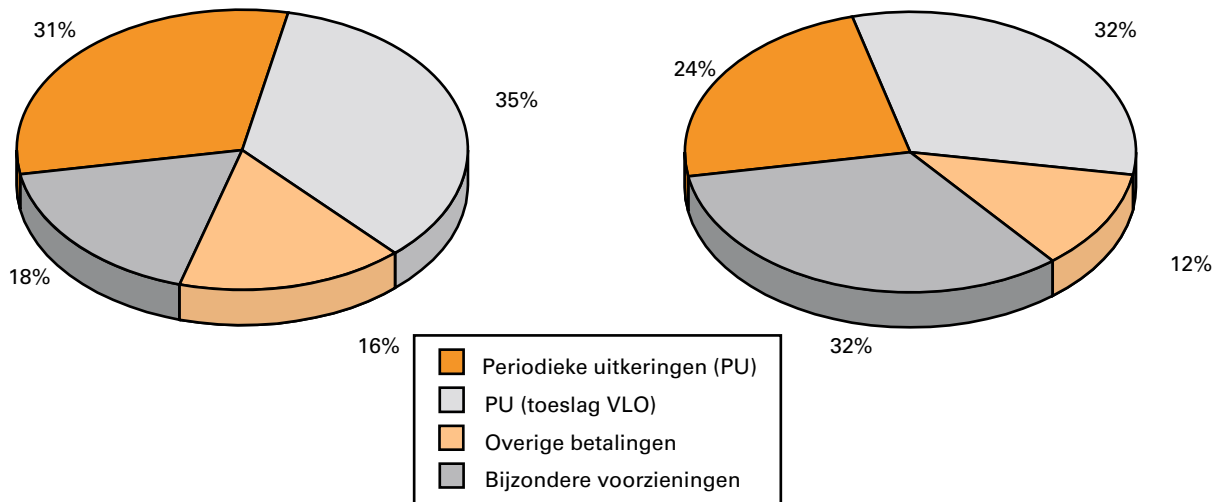
² Wuv: Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945.

³ Wubo: Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945.

⁴ AOR: Algemene oorlogsongevallenregeling Indonesië.

De raming van de uitgaven 2004 is exclusief indexering. Aangezien de indexering een belangrijke kostencomponent vormde in 2004 is de raming en realisatie 2004 minder goed vergelijkbaar. Daarom wordt onderstaand een toelichting gegeven op het verschil tussen de realisatie 2003 en de realisatie 2004. Bij de Wetten bp zijn de pensioenkosten met € 5,3 miljoen (4,9%) gedaald. Deze daling wordt veroorzaakt door een afname van het cliëntenbestand met ca. 7%. Deze daling wordt gedeeltelijk gecompenseerd door een lichte stijging van het gemiddeld pensioen. Bij de Wuv stegen de uitkeringskosten met € 0,1 miljoen (0,0%). Deze geringe stijging wordt veroorzaakt doordat de verhoging als gevolg van de jaarlijkse indexering van de uitkeringen (4%) gecompenseerd wordt door een daling van het cliëntenbestand met ca. 4%. De uitkeringskosten bij de Wubo stegen met € 4,2 miljoen (6,6%). Deze stijging wordt veroorzaakt door de jaarlijkse indexering van de uitkeringen (4%) en een stijging van de uitgaven voor voorzieningen. Zowel het aantal cliënten met voorzieningen als het gemiddeld uitbetaalde bedrag vertoonde een stijging.

Figuur 36.1: Samenstelling van de uitgaven Wubo in 2001 en 2004.



Toelichting: Toeslag VLO = Toeslag Verbetering Levensomstandigheden. Dit is een toeslag ingevolge artikel 19 van de Wubo. Het betreft hier een periodieke uitkering. (CIP1 2)

Figuur 36.1 laat de samenstelling zien van de uitgaven voor de Wubo in 2001 en 2004. Duidelijk blijkt dat de uitgaven voor de bijzondere voorzieningen een steeds groter aandeel zijn gaan vormen in de totale uitgaven. In 2001 was het nog 18%, in 2004 is het aandeel gestegen tot 32%. In absolute cijfers zijn de periodieke uitkeringen voor de Wubo in de periode 2001–2004 gedaald van 2 957 naar 2 751, de toeslagen VLO zijn gestegen van 9 607 naar 10 790 en de bijzondere voorzieningen zijn gestegen van 2 979 naar 7 488. Laatstgenoemde stijging komt vooral voor rekening van een tweetal voorzieningen: de vergoeding huishoudelijke hulp en de tegemoetkoming Deelname Maatschappelijk Verkeer (DMV). In 2004 heeft bij de Wubo 69% van de cliënten die aanspraak kunnen maken op voorzieningen daadwerkelijk één of meerdere voorzieningen. Bij de Wuv is dat 68%. De PUR verwacht bij beide wetten nog een geleidelijke stijging tot 80 à 85%.

In 2002 is bij Wuv en Wubo een sterke daling ingezet van het aantal eerste aanvragen. Deze zet zich in 2004 voort. In het afgelopen jaar bedroeg het aantal eerste aanvragen Wbp 100, Wuv 1000 en Wubo 1350. De daling van het aantal eerste aanvragen heeft, door het systeem van outputfinanciering, gevolgen voor de apparaatskosten van de PUR, zo blijkt uit tabel 36.2. Deze dalen in 2004 met € 1,3 miljoen ten opzichte van het voorafgaande jaar. De apparaatskosten in procenten van de programma-uitgaven blijken uit tabel 36.2. In 2001 en 2002 werd dit cijfer nog ongunstig beïnvloed door een hoge toestroom van af te handelen aanvragen die of niet (bij afwijzing) of vertraagd (aanvraagbehandeling, bezwaar en beroep) tot uitkeringskosten leidden.

Tabel 36.2: Apparaatskosten PUR.

<i>(bedragen x € 1 miljoen)</i>	2002 realisatie	2003 realisatie	2004 raming	2004 reali- satie*
Apparaatskosten PUR (1)	32,7	29,9	29,3	28,6
Programma-uitgaven wetten (2)	386,4	382,7	352,7	381,7
Apparaatskosten in % van programma-uitgaven (1)/(2)	8,5%	7,8%	8,3%	7,5%

Bron: PUR-uitgave Kort Bestek 2004 (CIPI 2) *Cijfers 2004 zijn voorlopig

De daling van het aantal eerste en vervolgaanvragen (deze laatste hebben in het algemeen betrekking op aanvragen van bijzondere voorzieningen) is ook van invloed op de gerealiseerde behandeltermijnen bij de PUR. In 2003 werden bij de Wubo 91% en bij de Wuv 80% van de eerste aanvragen binnen de wettelijke termijn afgehandeld. In 2000 was dat nog 66% resp. 70%. Voor de vervolgaanvragen geldt een verbetering in dezelfde orde van grootte.

4. Wij hadden ons voorgenomen de subsidiesystematiek voor de immateriële hulpverlening in 2004 te evalueren. Dit is maar gedeeltelijk gerealiseerd. Enkele ontwikkelingen zoals schaalverkleining zijn aanleiding geweest de instellingen minder uniform te benaderen. In verband met terugloop van de werkzaamheden en de bestuurlijke fusie met Centrum '45 zijn met de Stichting 1940–1945 een aantal op maat afspraken gemaakt. Ook met JMW zijn bijzondere afspraken gemaakt zoals het per 1 januari 2004 aanmerken van hun subsidiebudget voor algemeen maatschappelijk werk als louter bestemd voor hulpverlening aan oorlogsgetroffenen. Met Pelita en de zes instellingen voor AMW zijn of worden nog afzonderlijke afspraken gemaakt.
5. Alle uitvoeringsorganisaties ondervinden in 2004 de gevolgen van een onder invloed van demografische factoren afnemende werklast. Onze verantwoordelijkheid is om het proces van krimp en herpositionering (dat de komende jaren onverminderd door zal gaan) te begeleiden en te faciliteren, teneinde de continuïteit van de uitvoering van de wetten voor oorlogsgetroffenen te kunnen garanderen. Eind 2003 is de PUR besprekingen gestart met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) over een mogelijke uitbesteding dan wel overheveling van taken in een situatie dat door een verdere terugloop van de werklast de kwaliteit van de dienstverlening door de PUR mogelijk in gevaar komt. Eind 2004 was deze oriëntatie zover gevorderd dat kan worden overgaan naar de fase van concrete planvorming.

36.3.2 Herinneringsplekken onderhouden, manifestaties doen plaatsvinden en voorlichting bieden aan jongeren

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Evaluatie herinneringscentra	Gedeeltelijk
2. Verstrekken van subsidie aan herinneringscentra, organisaties die nationale herdenkingen organiseren en aan jeugdvoorlichtingsprojecten	Ja

Toelichting:

1. De evaluatie van de herinneringscentra zal in 2005 worden afgerond. In het kader van de vernieuwing van het subsidiebeleid voor de jeugdvoorlichting zijn in 2004 gesprekken gevoerd met de 4 herinneringscentra over hun visie inzake educatie.

36.3.3 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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Het uitvoering (doen) geven 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 Romagemeenschap.	Ja
2. Bijdrage aan internationale samenwerking en overdracht van expertise op het terrein van herdenken, vieren en educatie o.a door deelname aan de ITF-holocaust.	Ja
3. Subsidies voor onderzoek naar de gevolgen van de Japanse bezetting en naar de positie van homoseksuelen tijdens en kort na WO II. Subsidie voor het centrum voor Holocaust en Genocide studies.	Ja

Toelichting:

1. Aan de Indische gemeenschap is eenmalig € 158,8 miljoen voor individuele uitkeringen en € 15,9 miljoen voor collectieve doelen beschikbaar gesteld. De verdeling van de individuele uitkeringen is in 2003 afgerond. In 2004 zijn de collectieve middelen verdeeld. Het bestuur van Stichting Het Gebaar heeft aan 124 projecten ten behoeve van de Indische gemeenschap een uitkering toegezegd in het kader van de Regeling collectieve doelen. Aan de Sinti- en Roma-gemeenschap is eenmalig € 13,6 miljoen ter beschikking gesteld waarvan € 11,9 miljoen voor individuele uitkeringen en € 1,7 miljoen voor collectieve doelen. De individuele uitkeringen zijn inmiddels verdeeld. Door de maximering van de individuele uitkeringen zijn extra middelen ter beschikking gekomen voor collectieve doelen. Thans is € 8,8 miljoen beschikbaar voor collectieve doelen. In overleg met de Stichting Rechtsherstel Sinti en Roma en de Sinti en Roma-gemeenschap worden in 2005 de bestedingsmogelijkheden gezien.
2. In de halfjaarlijkse bijeenkomst van de TaskForce for International Cooperation on Holocaust Education, Remembrance and Research (ITF) in december 2004 in Triëst is aan Nederland gevraagd om in 2005 het voorzitterschap van de Education Working Group op zich te nemen. Tevens is Nederland voorzitter geworden van een subcomité dat zich gaat buigen over de problematiek rond de toegang tot de archieven van de International Tracing Service en heeft Nederland het co-voorzitterschap aanvaard van de Memorials Working Group. Onder auspiciën van de ITF is in Triëst een reizende tentoonstelling over het vernietigingskamp Sobibor geopend die deels door de ITF en deels door Nederland is betaald. Het door VWS gefinancierde project dat de Anne Frank Stichting (AFS) in Oekraïne uitvoert rond Holocaust educatie en tolerantiebevordering is dusdanig succesvol gebleken dat in 2004 besloten is een follow up van het project te financieren. Ook heeft de AFS met onze subsidie een internationaal seminar gehouden over lesgeven over de Holocaust in multiculturele klassen.

Aanvullende beleidsprestatie

Ontwikkeling van beleid met betrekking tot conservering kan beschouwd worden als een actueel speerpunt van het beleid rond WO II. Het betreft hier het zorgdragen voor het behoud van voorwerpen en bestanden in relatie tot de Tweede Wereldoorlog, door particulieren en organisaties opgebouwd en bewaard met het oog op hun toekomstige betekenis voor educatie en onderzoek. In het kader van de uitwerking van het nieuwe conserveringsbeleid is in 2004 de Stuurgroep Conservering i.o. geformeerd. De stuurgroep heeft een begin gemaakt met een bouwstenennotitie met daarin de visie van de stuurgroep op het in de onderhavige beleidsperiode (2004–2008) te voeren beleid met betrekking tot conservering. Om het proces in gang te zetten zijn drie pilotprojecten gefinancierd.

BELEIDSARTIKEL 37: INSPECTIES

37.1 Algemene beleidsdoelstelling

37.a Inspectie Gezondheidszorg

De Inspectie 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 specifieke wetten meer expliciet inhoud en richting gegeven.

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen de minister en de IGZ is geregeld in de Gezondheidswet en in de desbetreffende ministeriële regeling (mei 1999). De IGZ heeft een eigen verantwoordelijkheid inzake de inhoud en wijze van het toezicht. De IGZ valt echter wel onder de ministeriële verantwoordelijkheid. Dit geldt voor alle operationele doelstellingen.

De algemene doelstelling heeft in het verslagjaar niet alleen vorm gekregen door de gerealiseerde productie, maar ook door een verdergaande organisatorische en inhoudelijke modernisering van de inspectie. De organisatorische modernisering heeft onder andere vorm gekregen door het verminderen van het aantal regionale vestigingen van zeven naar vier. Inhoudelijk is ingezet op de ontwikkeling van de nieuwe werkwijze van gelaagd en gefaseerd toezicht, waardoor een steeds efficiëntere inzet van de beschikbare inspectiecapaciteit mogelijk wordt.

Daarnaast is in 2004 een nieuw systeem van productregistratie ingevoerd waardoor beter zicht kan worden verkregen op de voortgang van de voorgenomen productie.

37.b Inspectie Jeugdzorg

De inspectie jeugdzorg houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg, dat wil zeggen de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, de justitiële jeugdinrichtingen, de vergunninghouders interlandelijke adoptie en de opvang van minderjarige asielzoekers (AMA's). Haar werkzaamheden verricht zij op het niveau van de uitvoering en op stelselniveau.

In 2004 waren de volgende ontwikkelingen van belang:

- De civielrechtelijke plaatsing van jeugdigen in gesloten (justitiële) opvang-jeugdinrichtingen (jji) kreeg veel aandacht: op verzoek van Justitie is de samenwerking tussen bureau's jeugdzorg en de jji en de betrokkenheid van de jeugdige onderzocht. Gebleken is dat de samenwerking verbetert maar dat de jeugdige nog niet altijd goed wordt betrokken bij de besluitvorming. Justitie beraadt zich op een reactie op de bevindingen van de inspectie.
- Kindermishandeling met dodelijke afloop was aanleiding voor reactief toezicht in een aantal gevallen. Daaruit kwam naar voren dat de samenwerking tussen de bij het gezin ingeschakelde hulpverleners vaak te kort schiet. De overheden maken afspraken tussen betrokken partijen over verbeteringen op dit punt.
- De opvang van AMA's werd onderzocht op verzoek van Vreemdelingen-zaken. Naar voren komt dat instellingen nu een beleid ten aanzien van de veiligheid van de jeugdigen hebben vastgesteld. De veiligheidsrisico's zijn daardoor afgenomen. Justitie is nu aan zet om landelijk beleid vast te stellen.
- De keten van samenwerking tussen de verschillende hulpverlenende instanties in de jeugdzorg is van groot belang. Gebleken is dat er weinig structurele afspraken zijn gemaakt. Wel werden goede voor-

beelden aangetroffen. De Inspectie organiseert hierover samen met het ministerie een werk conferentie.

- Veel onderzoek werd verricht samen met andere toezichthouders zoals Inspectie Gezondheidszorg, de Onderwijsinspectie, de Inspectie voor de Openbare Orde en Veiligheid en de Arbeids Inspectie. In het project Integraal Toezicht Jeugdzaken wordt gestructureerd samengewerkt voor de duur van 2 jaar; daarbij zijn 2 inspecteurs bijna full time ingezet. Andere samenwerking was ad hoc in het kader van reactief toezicht.
- De inspectie heeft het initiatief genomen tot het tot stand brengen van toezichtarrangementen en procesafspraken tussen het ministerie van Justitie en de inspectie. De procesafspraken zijn door alle betrokken partijen geaccordeerd, zijn gepubliceerd en worden inmiddels toegepast.
- De inspectie heeft actief publiciteit gezocht om aandacht te vragen voor de conclusies in haar jaarverslag en voor door haar gewenste ontwikkelingen, zoals de meldplicht inzake kindermishandeling voor beroepsbeoefenaren.

Op deze ontwikkelingen wordt in het eigen jaarverslag van de Inspectie nader ingegaan.

De reorganisatie binnen de inspectie is afgerond: er is nu directe sturing van de medewerkers door de Hoofdinspecteur en haar plaatsvervanger. Competentiemanagement en procesmatig werken zijn ingevoerd. De werkprocessen zijn gestroomlijnd en vastgelegd. Om effectiever en efficiënter te werken is de inspectie vanuit 5 locaties verhuisd naar één locatie in Utrecht. Inspecteurs werken deels vanuit huis, vanwege de regionale contacten, deels vanuit Utrecht.

37.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Vershil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	40 941	32 919	53 741	40 629	13 112
Uitgaven	41 446	33 189	46 417	40 766	5 651
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>41 446</i>	<i>33 189</i>	<i>46 417</i>	<i>40 766</i>	<i>5 651</i>
Inspectie Gezondheidszorg	38 967	30 677	42 895	38 210	4 685
waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten			8 157	8 181	- 24
Inspectie Jeugdzorg	2 479	2 512	3 522	2 556	966
Ontvangsten	2 195	847	987	470	517

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven Inspectie Gezondheidszorg:

De IGZ heeft een afwijkende opdracht gekregen voor de invulling van de taakstelling Balkenende-II. Dit betreft het project «IGZ op orde», waarvoor bij 1^e suppletore wet € 4,52 miljoen aan de begroting van de IGZ is toege-

voegd. Deze middelen zijn vooral ingezet voor het realiseren van de concentratie van het aantal vestigingen, het informatieplan en flankerende en ondersteunende activiteiten.

De uitgaven voor actief personeel IGZ vallen in 2004 lager uit dan begroot. Dit wordt vooral veroorzaakt door het niet bezetten van vacatures. Het openhouden van vacatures is bedoeld om, via interne overboekingen, budget en verwachte uitgaven in 2004 met elkaar in evenwicht te brengen. Deze, in het bestedingsplan goedgekeurde, overboekingen hebben te maken met het feit dat de begroting niet goed is afgestemd op het inspectie-karakter van de IGZ.

Met de juridische overgang van het RIVM naar een agentschap is de IGZ in 2004 formeel opdrachtgever van het RIVM geworden. De IGZ heeft 3 onderzoeksprogramma's ondergebracht bij het RIVM: «onderzoek en verkenningen volksgezondheid en zorg», «infectieziekten» en «geneesmiddelen en medische technologie».

Ontvangsten

De ontvangsten van de IGZ vielen iets hoger uit dan begroot. Dit betreft o.a. ontvangsten in het kader van het project Synergie in Toezicht en ontvangsten, als gevolg van werkzaamheden voor derden, zoals bv. EMEA-projecten.

Uitgaven Inspectie Jeugdzorg:

De extra uitgaven houden voornamelijk verband met de verbouwings- en inrichtingskosten van de nieuwe locatie van de Inspectie in Utrecht (€ 0,7 miljoen). Hiervoor zijn via de 1^e suppletore wet extra middelen beschikbaar gesteld (€ 0,7 miljoen). Een deel van de totale verbouwingskosten (€ 0,4 miljoen) wordt gefinancierd door middel van een leenfaciliteit bij de RGD en wordt in 10 jaar tijd aan de RGD terugbetaald.

Voor het toezicht op AMA's is door Justitie € 0,2 miljoen beschikbaar gesteld. Hiervoor zijn extra inspecteurs aangesteld.

Ontvangsten

De ontvangsten zijn moeilijk vooraf te ramen. Zij hebben voornamelijk betrekking op terugontvangen salariskosten en dergelijke in verband met een detachering (project Integraal Toezicht Jeugdzaken) en met de WAO-ontvangsten van langdurig zieke werknemers.

37.3 Operationele beleidsdoelstellingen

37.3.a. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): Toezien op de gezondheidszorg en de staat van de volksgezondheid

37.3.a.1 Toezicht en opsporing op het gebied van gezondheidszorg en volksgezondheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Afronding van een nieuwe werkwijze voor de afhandeling van meldingen en calamiteiten.	Ja
2. Publicatie van thematische rapportages (21).	Ja

Toelichting:

1. In 2004 is de ontwikkeling van een nieuwe procedure voor de afhandeling van meldingen en calamiteiten afgerond. Deze procedure moet er

toe leiden dat meer inzicht ontstaat in de aard en de afhandeling van meldingen waardoor op een eenvoudiger wijze trends in meldingen kunnen worden onderkend. Het jaar 2004 was het eerste jaar, waarin voor alle ziekenhuizen prestatieindicatoren zijn verzameld en gepubliceerd. Het ligt in de bedoeling dit regelmatig te herhalen en deze werkwijze ook naar andere zorgsectoren uit te breiden. In 2004 was het tweehonderd jaar geleden dat de centrale overheid voor de eerste maal rijkstoezicht op de gezondheidssituatie van de burgers en op de gezondheidszorg instelde. Dit is met een zeer geslaagde bijeenkomst in de Ridderzaal herdacht.

2. In tabel 37.1 is de totale productie weergegeven. In de in 2005 verschijnende IGZ-jaarrapportage 2004 wordt nader op deze activiteiten ingegaan.

Tabel 37.1: Productie IGZ (o.b.v. toezichtsactiviteiten)				
	Realisatie 2002	Realisatie 2003	Raming 2004	Realisatie 2004
Algemeen toezicht:				
Algemeen toezicht en quick scans	2 333	2 537	2 200	2 454
Interventietoezicht:				
Rapportages over meldingen en calamiteiten	26 722	29 175	29 000	32 006
Rapportages (w.o. Thematisch toezicht)	23	11	70	21
Langlopende activiteiten		37	14	
Totaal	29 078	31 716	31 284	34 481

Bron: IGZ-productieregistratie, cipi=3

Het aantal rapportages inzake meldingen en calamiteiten lag hoger dan geraamd. Dit soort rapportages is grotendeels afhankelijk van externe factoren en daarmee moeilijk te plannen. Ook het aantal algemene toezichtsbezoeken lag iets hoger dan gepland. Het aantal rapportages inzake het thematisch toezicht bleef achter bij de raming. Dit heeft twee oorzaken. Een aantal thematische onderzoeken is in 2004 vrijwel afgerond maar nog niet gepubliceerd. Daarnaast is een groter dan geraamd deel van de capaciteit aangewend voor rapportages inzake meldingen en calamiteiten en voor opsporing en inspectiemaatregelen (zie tabel 2). De omvang van dit soort activiteiten is grotendeels afhankelijk van externe factoren. Langlopende activiteiten worden niet meer afzonderlijk in de productieregistratie opgenomen maar zijn ondergebracht bij andere activiteiten.

37.3.a.2 Het adviseren en informeren van de minister en anderen (op verzoek of uit eigen beweging), alsmede het verstrekken van vergunningen

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Uitbrengen van adviezen aan de Minister.	Ja
2. Uitbrengen van adviezen aan beroepsgroepen.	Ja
3. Uitbrengen van adviezen aan burgers.	Ja
4. Uitbrengen van adviezen inzake BOPZ-activiteiten.	Ja
5. Afgeven van vergunningen (verklaringen en certificaten).	Ja

Toelichting:

In tabel 37.2 is de productie van verklaringen, certificaten en adviezen weergegeven. In de in 2005 verschijnende IGZ-jaarrapportage 2004 wordt nader op deze activiteiten ingegaan.

Tabel 37.2: Productie IGZ (verklaringen, certificaten en adviezen)				
	Realisatie 2002	Realisatie 2003	Raming 2004	Realisatie 2004
Verklaringen en certificaten	16 720	9 547	9 000	10 389
Overige toezichts-activiteiten	386	482	340	540
Adviezen en richtlijnen	6 671	6 518	8 200	8 101
Totaal	23 777	16 547	17 540	19 030

Bron: IGZ-productieregistratie, cipi=3

Het aantal overige toezichtsactiviteiten lag hoger dan geraamd. Dit betreft opsporingsactiviteiten en het uitvaardigen van inspectie maatregelen. De omvang van dit soort activiteiten is grotendeels afhankelijk van externe factoren en daarmee moeilijk vooraf te plannen.

37.3.a.3 Inzicht verkrijgen en verschaffen in de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Publicatie van de Staat van de Gezondheidszorg 2004: «patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis».	Ja
2. Organiseren van voorlichtingsacties zoals het uitbrengen van zg. Kortschriften (3) en een IGZ-bulletin inzake seksuele intimidatie.	Ja
3. Onderhouden van de IGZ-website.	Ja

Toelichting:

In 2004 is door de Inspectie expliciet aandacht gegeven aan het thema van de patiëntveiligheid. De Inspectie heeft in dat kader een zeer goed bezocht congres georganiseerd en heeft ook een bijdrage geleverd aan het externe advies over de verbetering van de patiëntveiligheid. De rapportage 2004 van de Staat van de Gezondheidszorg stond eveneens in dit teken en betrof de veiligheid van genees- en hulpmiddelen.

37.3.b Inspectie Jeugdzorg: Toezien op de kwaliteit van de jeugdzorg om de effectiviteit van de jeugdzorg te vergroten

37.3.b.1 De kwaliteit van de jeugdzorg bevorderen door onderzoek naar kwaliteit en toezicht op het naleven van de geldende wetten

De inspectie voert het toezicht uit door op het niveau van de uitvoering informatie te verzamelen bij de genoemde instellingen en vergunninghouders over de vraag of zij hun taken verrichten conform de daaraan gestelde (wettelijke) eisen. Vervolgens formuleert zij bevindingen en (zonodig) aanbevelingen die zij richt aan genoemde instellingen resp. vergunninghouders, de subsidiërende overheden en de bewindslieden van VWS en Justitie.

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. In 100% van de rapporten zijn aanbevelingen ter verbetering gedaan.	90%
2. Bij 25% van de onderzochte instellingen zijn concrete en meetbare afspraken gemaakt over kwaliteitsverbetering.	36%
3. Met iedere instelling waarmee verbeter afspraken zijn gemaakt is een afspraak voor een hertoets gemaakt.	n.v.t
4. In 100% van de aangetroffen urgente situaties geeft de inspectie een bevel.	n.v.t.

Bron: *Inspectie jeugdzorg-productregistratie 2004 (CIPI 3)*

Toelichting:

1. In vier instellingsrapporten zijn geen aanbevelingen aan de instellingen gericht, maar zijn deze in het landelijke rapport aan Justitie geformuleerd. Twee rapporten waren inventariserend van aard. Al deze rapporten hadden betrekking op het nieuwe toezichtterrein op AMA's.
3. Door een andere werkwijze binnen het stelsel, zijn het de provinciale overheden die de verbeterafspraken maken met de instellingen.
4. Aangezien de Wet op de jeugdzorg in 2004 nog niet in werking is getreden, kon de inspectie nog geen bevel geven. De Wet is op 1 januari 2005 in werking getreden.

Naast bovengenoemde prestaties geven de gegevens in tabel 37.3 een beeld van de output van de verschillende door de inspectie gebruikte instrumenten.

Tabel 37.3 Outputgegevens			
Soorten output	Realisatie 2003	Begroting 2004	Realisatie 2004
Landelijke onderzoeken	totaal 32 (geen onderscheid naar landelijk en provinciaal onderzoek)	3	5
Provinciale onderzoeken		15	17
Instellingsrapporten landelijk of provinciaal	Ntb	Ntb	20
Onderzoek nav melding/incident	17	15	10
Anders afgehandelde meldingen/incidenten	37	100	75

Bron: Inspectie Jeugdzorg-productregistratie 2004 (CIPI 3)

Toelichting:

Als gevolg van de nieuwe procesafspraken doen instellingen na melding daarvan aan de inspectie, zelf onderzoek bij een incident. Om die reden heeft de inspectie in 2004 zelf minder (reactief) toezicht verricht.

37.3.b.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

De inspectie geeft op basis van de door haar verzamelde informatie op stelselniveau informatie en advies aan de provinciale en grootstedelijke overheid en aan de bewindspersonen van VWS en Justitie.

Voorgenomen beleidsprestaties	Raming	Realisatie
1. De inspectie geeft gevraagd advies aan VWS en Justitie	0	5
2. De inspectie geeft ongevraagde adviezen aan VWS	8	5

Bron: Inspectie jeugdzorg-productregistratie 2004 (CIPI – 3)

Toelichting:

1. De inspectie kon niet voorzien dat het ministerie met initiatieven zouden komen tot het evalueren van bestaand en het opstellen van nieuw beleid. In het kader daarvan heeft de inspectie op verzoek advies uitgebracht.
2. Aangezien de inspectie meer dan voorzien om advies is gevraagd, deed de noodzaak tot het uitbrengen van ongevraagd advies zich minder voor.

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 15 april 2004 is in het Staatsblad (nr. 152) het Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbu) gepubliceerd. Het besluit regelt een tegemoetkoming voor burgers die in de fiscaliteit door de combinatie van de hoogte van hun inkomen en de totale hoogte van hun aftrekposten en heffingskortingen niet de volledige waarde van hun aftrek buitengewone uitgaven kunnen effectueren. In dat geval wordt aan betrokkene door de Belastingdienst een tegemoetkoming uitbetaald.

38.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Begroting

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	0	0	34 343	89 000	- 54 657
Uitgaven	0	0	34 343	89 000	- 54 657
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>34 343</i>	<i>85 000</i>	<i>- 50 657</i>
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>4 000</i>	<i>- 4 000</i>
Ontvangsten	0	0	0	0	0

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

- In 2004 is van dit beleidsartikel € 5,5 miljoen overgeboekt naar het gemeentefonds als compensatie voor de tegemoetkoming buitengewone uitgaven en is van het apparaatsbudget € 3,156 miljoen naar het ministerie van Financiën overgeboekt voor de uitvoeringskosten van de Belastingdienst.
- In de ontwerpbegroting 2004 is de omvang van de toeslagen die voortvloeien uit het belastingjaar 2003 geraamd op € 85 miljoen. Op basis van de huidige aanslagen IB 2003 (voorlopig en definitief) zijn toeslagen toegezegd voor een bedrag van € 34,493 miljoen. Hiervan is in 2004 € 34,343 miljoen betaald. De lagere uitgaven ten opzichte van de ontwerpbegroting worden vooral veroorzaakt doordat het kaseffect van de fiscale raming voor het belastingjaar 2003, volledig in het begrotingsjaar 2004 is geboekt. Hierbij is niet gecorrigeerd voor het feit dat het kaseffect meerdere jaren beslaat, omdat geen zicht was op het verloop van de aangiftes en aanslagen inkomstenbelasting voor het jaar 2003. De komende jaren kunnen nog aangiftes over het belastingjaar 2003 worden ingediend en toeslagen uitgekeerd door de belastingdienst.

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Belastingplichtigen die effectief geen of slechts gedeeltelijk voordeel hebben van de aftrek van buitengewone uitgaven een alternatieve tegemoetkoming bieden.	Ja

In 2004 is aan ruim 141 000 personen voor circa € 34,493 miljoen aan tegemoetkoming toegezegd op basis van de aangiftes IB 2003. Dit is onderverdeeld in ruim 112 000 personen van 65 jaar of ouder en ruim 28 000 personen jonger dan 65 jaar.

Tabel 38.1			
Doelgroepen	Jonger dan 65 jaar	65 jaar of ouder	Totalen
Aantal personen	28 566	112 653	141 219
Uitgekeerd bedrag	€ 8 508 890	€ 25 984 451	€ 34 493 341

Bron: Belastingdienst; TBU-systeem (CIPI 3).

Hulp bij belastingaangifte

In 2004 hebben wij samen met het ministerie van Financiën een aantal projecten en activiteiten gestart («Aangifte loont»), die tot doel hebben te bevorderen dat meer mensen belastingaangifte doen en gebruik gaan maken van de aftrek buitengewone uitgaven en de tegemoetkoming. Hierbij is nauw samengewerkt met intermediairs, zoals ouderenbonden, CG-Raad, ANGO, FNV en CNV die hulp bij belastingaangifte bieden. De projecten en activiteiten kennen een doorloop in 2005.

NIET-BELEIDSARTIKEL 98: ALGEMEEN

98.1 Algemene doelstelling

In dit artikel beschrijft VWS de uitgaven 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 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	361 420	272 863	185 136	146 317	38 819
Uitgaven	368 148	276 442	176 985	146 729	30 256
<i>Programma-uitgaven</i>	<i>3 433</i>	<i>1 061</i>	<i>3 801</i>	<i>5 002</i>	<i>- 1 201</i>
Internationale samenwerking	3 433	1 061	3 801	5 002	- 1 201
<i>Apparaatsuitgaven</i>	<i>364 715</i>	<i>275 381</i>	<i>173 184</i>	<i>141 727</i>	<i>31 457</i>
Sociaal en Cultureel Planbureau	8 463	7 653	8 774	6 691	2 083
Strategisch onderzoek RIVM en NVI	124 680	48 710	49 871	23 473	26 398
<i>waarvan bijdragen aan Baten-lastendiensten</i>			<i>49 871</i>	<i>23 473</i>	<i>26 398</i>
Overige apparaatsuitgaven	116 071	104 323	0	0	0
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling	1 374	1 323	1 407	1 339	68
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	3 506	3 123	3 138	3 073	65
Gezondheidsraad	5 736	5 947	6 149	5 406	743
<i>waarvan bijdrage aan ZBO's</i>	<i>835</i>	<i>844</i>	<i>962</i>	<i>1 009</i>	<i>- 47</i>
Raad voor Gezondheidsonderzoek	571	623	583	610	- 27
Personeel en materieel kernministerie	104 314	103 679	103 262	101 135	2 127
Ontvangsten	86 019	92 421	28 468	11 521	16 947

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Uitgaven

Internationale samenwerking

De lagere uitgaven komen vrijwel geheel voort uit de lager dan geraamde uitgaven aan het Nederlands voorzitterschap van de EU.

Sociaal en Cultureel Planbureau

De hogere apparaatsuitgaven van het SCP vinden hun oorzaak in de realisatie van meer uren wetenschappelijk onderzoek, doordat departementen door het SCP extra onderzoeken hebben laten verrichten.

Strategisch onderzoek RIVM en NVI

De vastgestelde begroting bevatte de uitkomst van de voorlopige budgetverdeling als gevolg van de agentschapsvorming RIVM; de definitieve budgetverdeling was € 1,2 miljoen lager. Bovendien was de bijdrage voor strategisch onderzoek NVI nog niet afgesplitst van de bijdrage aan het NVI vanuit artikel 21 (€ 3,5 miljoen).

Hogere uitgaven dan geraamd waren het gevolg van:

- De afrekening met het RIVM op grond van de openingsbalans van de

baten-lastendienst per 1 januari 2004, waaruit per saldo een vordering op het moederdepartement naar voren kwam (€ 12,2 miljoen).

- Een bijdrage aan het RIVM om alsnog oplevering van onderzoeksresultaten mogelijk te maken die tussen RIVM en zijn opdrachtgevers waren afgesproken voor 2003 (€ 7,9 miljoen).
- Een bijdrage aan het RIVM in verband met de aan NVI verschuldigde betaling voor de Centrale Dieren Faciliteit (€ 1,2 miljoen).
- Compensatie van de BTW-effecten voor de tijdelijke baten-lastendienst NVI; aangezien NVI geen BTW in rekening hoeft te brengen, komt de aan leveringen toe te rekenen voorbelasting bij het NVI niet voor aftrek in aanmerking (€ 3,0 miljoen).

Hogere ontvangsten dan geraamd ontstonden door terugbetaling van een aan de Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (SVM) verstrekte lening en voorfinanciering van acellulaire-kinkhoestvaccins voor vierjarigen (€ 10,5 miljoen).

Gezondheidsraad

Het verschil tussen raming en realisatie wordt grotendeels verklaard door overboekingen van andere departementen (SZW en LNV) naar het budget van de GR ten behoeve van additionele onderzoeken.

Personeel en materieel kernministerie

Het verschil tussen realisatie en vastgestelde begroting bedraagt € 2,1 miljoen. Het budget is bij eerste en tweede suppletore wet per saldo opgehoogd met € 6,5 miljoen. In totaal is er in 2004 sprake van een onderuitputting van € 4,4 miljoen. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn het minder dan geraamd besteden aan de operatie Jong (€ 0,4 miljoen) en wachtgeld en WW (€ 0,6 miljoen). Verder is er € 0,6 miljoen minder uitgeven aan flankerend beleid (dit budget was opgehoogd bij eerste suppletore wet). Daarnaast is minder geld dan begroot uitgegeven aan de bedrijfsvoering en onderhoud (€ 1,1 miljoen). Ten slotte hebben zich lagere uitgaven aan het Shared Service Center voorgedaan, als gevolg van vertraging van dit project (€ 1,1 miljoen).

98.3 Operationele doelstellingen

98.3.1 Het bevorderen van internationale samenwerking op beleidsterreinen van VWS

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Vervullen van voorzitterschap van de EU en de Raad van Europa en daarmee internationaal invloed uitoefenen.	Ja
2. Voldoen aan verplichtingen op VWS-terreinen die voortkomen uit internationale verdragen, besluiten en andere wetgeving.	Ja
3. Wet- en regelgeving en afspraken in internationaal verbanden beïnvloeden, met aandacht voor de EU en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).	Gedeeltelijk
4. De kwaliteit van het beleid op VWS-terreinen verhogen door kennisuitwisseling en benchmarking.	Gedeeltelijk
5. Internationale doelstellingen van breder kabinetsbeleid invullen.	Ja
6. Ondersteuning van activiteiten, projecten en organisaties in het kader van internationale samenwerking.	Ja
7. Uitwerken van samenwerkingsovereenkomsten met pre-accessielanden.	Ja
8. Ondersteuning van Nederlandse betrokkenheid op VWS-terrein bij uitvoering van het Zesde EU-Kaderprogramma voor Wetenschap en Technologie.	Ja
9. Informatievoorziening over internationale activiteiten.	Ja

Toelichting:

1. en 2. Het voorzitterschap van de EU in de tweede helft van 2004 is succesvol verlopen. Er zijn een aantal conferenties georganiseerd met belangrijke thema's om een meer natuurlijke relatie te creëren tussen gezondheid en andere beleidsterreinen. In het licht van de «vergrijzing» is de toekomst van de zorg geagendeerd op de informele Raad. Ook is een succesvolle over zoönosen conferentie georganiseerd over het voorkomen en beheersen van infectieziekten uit dierlijke bronnen. De conclusies van de «Priority Medicines» conferentie zijn aangeboden aan de Raad en de Commissie en beogen een bijdrage te leveren aan het te formuleren Zevende Kaderprogramma. De conferentie over «health care professionals crossing borders» leidde tot een aantal concrete afspraken over afstemming van informatie over beroepsbeoefenaren in de zorg. Onder Nederlands voorzitterschap van de RvE is tijdens een seminar over de toekomstige volksgezondheidsactiviteiten een strategiedocument opgesteld, welke is doorgeleid naar het Comité van Ministers.
3. en 4. Bij de lopende EU dossiers is voortgang geboekt op de dossiers voedings- en gezondheidsclaims, jeugd, HIV/AIDS, kindergeneesmiddelen, sport en de open coördinatiemethode op het gebied van gezondheidszorg (patiëntenmobiliteit). Als voorzitter is de rol van Nederland deels agendabepalend (m.n. bij conferenties) en deels coördinerend en gericht op het creëren van consensus (zowel is EU verband als WHO verband) geweest. Dit is de reden dat soms minder expliciet dan normaal ingezet is op specifieke Nederlandse (deel)belangen op het vlak van beleidsbeïnvloeding en kennisuitwisseling.
5. en 6. Binnen de WHO is o.a. onderhandeld over de internationale gezondheidsregelingen IHR (infectieziekten). Nederland coördineerde hierbij de positiebepaling van de EU-landen. Voorts is samen met de WHO een partnerschap voorbereid ter intensivering van de samenwerking. De samenwerking met de OESO heeft zich in 2004 geconcentreerd op de voortgang van het drie-jarige «horizontal health programme». Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan de verbetering in de methodologie voor het meten van prestaties van gezondheidszorgsystemen.
6. en 7. Per 1 mei 2004 zijn 10 nieuwe landen toegetreden tot de Europese Unie. Ook op het gebied van volksgezondheid en welzijn is tot die datum nog hard gewerkt aan de overname en uitvoering van de Europese wet- en regelgeving. Wij hebben ons ingezet om nog een aantal extra Europese samenwerkingsprojecten tussen ministeries te verwerven die met behulp van gemandateerde organisaties worden uitgevoerd (de zogenaamde Twinning projecten). Verder liepen in het bilaterale Matra Programma in 2004 ongeveer acht projecten met onze directe betrokkenheid.

98.3.2 Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP): het geven van een samenhangende beschrijving van de (toekomstige) situatie op sociaal en cultureel terrein

Het Sociaal en Cultureel Planbureau voerde in 2004 werkzaamheden uit, zoals vastgelegd in het werkprogramma 2004–2005. Ik heb dit werkprogramma in februari 2004 vastgesteld. De producten van het SCP kunnen in verschillende categorieën worden ingedeeld. In tabel 98.1 zijn de prestaties per categorie omschreven. De verschillen met de voornemens worden onder de tabel met de beleidsprestaties toegelicht. Voor een meer inhoudelijke en ook uitvoeriger verantwoording zij verwezen naar *SCP-jaarverslag 2004*, te raadplegen en/of te bestellen via www.scp.nl.

Tabel 98.1: Prestatiegegevens inzake output van het SCP in 2004

Output	raming input (uren wetenschappelijk onderzoek)	realisatie input (uren wetenschappelijk onderzoek)	raming kosten (x € 1000)	realisatie kosten (x € 1000)
a. Rapporten (34 rapporten)	56 538	73 158	5 526	7 108
b. Surveys en modellen	4 928	6 870	482	668
c. Presentaties/artikelen	5 407	7 559	529	735
d. Commissiewerkzaamheden	1 574	2 702	154	263
Totaal	68 447	90 289	6 691	8 774

Bron: SCP (CIPI 2)

NB: de kosten per outputcategorie zijn verkregen door de totale uitgaven van het SCP toe te rekenen in verhouding van de bestede uren wetenschappelijk onderzoek.

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

Toelichting:

1. Er zijn in 2004 additionele onderzoeken verricht op verzoek van SZW, VROM en RMO. De ontwikkeling van ramingsmodellen zorg (o.a. in verband met de herziening AWBZ) vergde meer personele capaciteit vanwege dataproblemen. De rapportage jeugd is niet verschenen, omdat er nog geen beslissing is genomen over de uitvoering van de jeugdmonitor. Enkele projecten (sociaal kapitaal, leefstijlen, mobiliteit en politieke onvrede) zijn vertraagd vanwege gebrek aan capaciteit en data en door uitloop van andere projecten en twee additionele projecten op verzoek van Justitie en RMO.
2. Door medewerkers van het SCP zijn circa 50 artikelen in wetenschappelijke en vaktijdschriften gepubliceerd. Daarnaast zijn er talrijke presentaties gehouden.

98.3.3 Strategisch onderzoek RIVM en NVI

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Bijdrage aan het RIVM voor zgn. strategisch onderzoek (expertise-ontwikkeling om de toekomstige taken voor de opdrachtgevers te kunnen uitvoeren en om de positie van het RIVM in het wetenschappelijke veld te versterken).	Ja
2. Bijdrage aan het NVI voor zgn. strategisch onderzoek (verwerving van kennis en expertise voor de uitvoering van de kerntaken en daarmee voor de continuïteit van het NVI op de langere termijn).	Ja

98.3.4 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO): adviseren over hoofdlijnen van beleid op het gebied van maatschappelijke participatie en stabiliteit

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Advies over het organiseren van sociale veiligheid.	Ja
2. Advies over open coördinatie van Europees sociaal beleid.	Ja
3. Advies over humane genetica en samenleving.	Ja
4. Advies over schaarste in de publieke sector.	Ja
5. Advies over toegang tot recht.	Ja
6. Advies over arbeid en vergrijzing.	Ja

De realisatie sluit aan op het door de RMO uitgebrachte werkprogramma 2004. Daarnaast heeft de RMO op verzoek van de Tweede Kamer een aanvullend advies uitgebracht over ouderenbeleid, in het bijzonder over de thema's «Welzijn» en «Zorg». Verder heeft de RMO bij uitgebrachte adviezen uit 2002, 2003 en 2004 nazorg geleverd, onder andere door het organiseren van debatten en het geven van voorlichting over de inhoud ervan.

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

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Advies over nieuwe zorgtaken in de toekomst voor gemeenten.	Ja
2. Advies over Acute zorg.	Ja
3. Advies over Kwaliteit en informatie.	Ja
4. Advies over Overconsumptie.	Ja
5. Advies over Weerstand tegen verandering.	Gedeeltelijk
6. Advies over Rol van de verzekeraar in het zorgstelsel.	Nee
7. Advies over Knip in de geestelijke gezondheidszorg.	Nee

Toelichting:

5. Genoemd advies loopt door in 2005.
- 6 en 7. Voor beide genoemde onderwerpen is geen adviesvraag opgesteld.

Het aanvullende advies «De GHOR-diaanse knoop doorgehakt» is uitgebracht en verder wordt gewerkt aan de drie aanvullende adviesvragen over de Wet maatschappelijke ondersteuning, Diagnosestelling en over Bestrijding van vrouwelijke genitale verminking.

98.3.6 Gezondheidsraad (GR): het adviseren over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Signalering van nieuwe ontwikkelingen in de wetenschap of de (medische) praktijk, die naar verwachting belangrijke consequenties kunnen hebben voor het regeringsbeleid.	Ja
2. Uitvoering werkprogramma 2004.	Gedeeltelijk
3. Uitbrengen signaleringsrapport CEG.	Ja
4. Uitbreiding taken CCMO door EU-richtlijn Goede Klinische praktijken.	Ja

Toelichting:

In 2004 heeft de Gezondheidsraad 86 adviezen uitgebracht, waaronder 20 reguliere, 60 stoffenadviezen, 5 veiligheidsbeoordeling nieuwe voedingsmiddelen en 1 advies op basis van de Wet Bevolkingsonderzoek (WBO). Daarnaast zijn 12 concept-stoffenadviezen uitgebracht waarvoor de commentaartermijn in 2005 afloopt. Bovendien werd op verzoek van de minister van VWS een aantal tussentijdse adviezen uitgebracht, in het bijzonder op het gebied van infectieziektebestrijding en vaccinatie. Het urgente karakter van deze adviesverzoeken maakte het nodig stafcapaciteit te onttrekken aan de uitvoering van het «reguliere», vastgestelde Werkprogramma 2004. De onderzoeken in het werkprogramma beperken zich overigens niet tot alleen tot 2004. Veel onderzoeken hebben een langere looptijd.

Een selectie van de belangrijkste adviezen uit 2004:

- In het kader van het Nederlandse EU-voorzitterschap publiceerde de raad twee adviezen:
 - Emergencing zoönoses/Opduikende zoönosen (in samenwerking met de WHO en het RIVM)
 - European Primary care.
- Natuur en gezondheid. Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden.
- *Diverse screeningsadviezen* (diabetes type 2, Chlamydia, prenatale screening).
- Bestrijdingsmiddelen in voedsel: beoordeling van het risico voor kinderen.
- (staat al in tabel) Infectieziekten: o.a. Vaccinatie tegen kinkhoest; opsporing en behandeling van mensen met hepatitis C.
- Bewaartermijn patiëntgegevens.
- GGZ: Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten; Omstreden herinneringen.

Voor meer informatie over de Gezondheidsraad en de publicaties in 2004 wordt verwezen naar het jaarverslag 2004 van de GR of de website: www.gezondheidsraad.nl.

98.3.7 Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO): adviseren over onderzoek naar zorgthema's en volksgezondheidsaspecten

Voorgenomen beleidsprestaties	Realisatie
1. Advies Ouderenzorg.	Nee
2. Advies Kennisketen geneesmiddelen.	Gedeeltelijk
3. Advies Patiëntveiligheid.	Gedeeltelijk
4. Advies Verstandelijk Gehandicapten.	Gedeeltelijk
5. Gentechnologie.	Nee
6. Jaarbericht Genomics.	Ja

Toelichting:

1. De uitvoering is voorzien in 2005, in afstemming met de Gezondheidsraad.
2. Het advies wordt in 2005 uitgebracht.
- 3 en 4. Beide genoemde adviezen zijn eind 2004 vastgesteld en zullen begin 2005 verschijnen.
5. De RGO is hier niet leidend. De Stichting Toekomstbeeld en techniek trekt dit onderwerp.

98.3.8 Personeel en Materieel kernministerie

Dit onderdeel heeft betrekking op personele en materiële uitgaven van het kernministerie.

NIET-BELEIDSARTIKEL 99: NOMINAAL EN ONVOORZIEN

99.1 Algemene doelstelling

Dit is een technisch, administratief artikel, waarop middelen voor de loon- en prijsbijstelling worden geparkeerd voordat ze worden overgeheveld naar de desbetreffende beleidsartikelen. Ook worden hierop de onvoorziene uitgaven geraamd. Daarnaast worden op dit artikel de taakstellingen geboekt, voordat deze verder worden verdeeld over de beleidsartikelen.

99.2 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1 000

	Realisatie	Realisatie	Realisatie	Vastgestelde begroting	Verschil
	2002	2003	2004	2004	2004
Verplichtingen	0	0	0	- 4 221	4 221
Uitgaven	0	0	0	- 4 221	4 221
- Loonbijstelling	0	0	0	319	- 319
- Prijsbijstelling	0	0	0	8 168	- 8 168
- Onvoorzien	0	0	0	130	- 130
- Taakstelling	0	0	0	- 12 838	12 838
Ontvangsten	0	0	0	0	0

Toelichting op de belangrijkste verschillen:

Loonbijstelling

In de loop van 2004 is er voor € 60,1 miljoen aan loonbijstelling aan dit artikel toegevoegd. Alle loonbijstellingsmiddelen zijn toegedeeld aan de overige artikelen van de VWS-begroting.

Prijsbijstelling

De aanvankelijke prijsbijstelling betreft de niet toegedeelde prijsbijstellingsmiddelen van begrotingsjaar 2003. In de loop van 2004 is € 17,8 miljoen voor prijsbijstellingen 2004 aan de begroting toegevoegd. Van de totaal beschikbare middelen is € 10,9 miljoen niet regulier toegedeeld, maar ingezet voor taakstellingen en budgettaire begrotingsproblematiek.

Taakstelling

Aan het begin van het begrotingsjaar stonden voor € 12,8 miljoen aan taakstellingen geparkeerd. De taakstelling inhuur externen (€ 6,6 miljoen) is net als de resterende subsidietaakstelling (€ 3,3 miljoen), de efficiency-taakstelling (€ 1,8 miljoen) en de volumetaakstelling uitvoerende diensten (€ 0,7 miljoen) ingevuld. Ook de in 2004 opgelegde taakstelling inkoop en aanbesteding (€ 0,4 miljoen) is in 2004 ingevuld, net als de taakstelling doelmatig aanbesteden bouw (€ 0,7 miljoen) en de aanvullende efficiency-taakstelling (€ 0,4 miljoen). Tot slot heeft er een overheveling plaatsgevonden naar een aantal beleidsartikelen in verband met het eerder dan geraamd betalen van de afkoop van de instellingsubsidies (€ 26,1 miljoen).

Premie

Bedragen x € 1 miljoen

Sectoren	Voorlopige realisatie 2003 in Jaarbeeld Zorg 2003	Definitieve realisatie 2003	Verschil 2003	Raming in begroting 2004	Voorlopige realisatie 2004	Verschil 2004
Aanvullende post TOTAAL	146,3 146,3	0,0 0,0	- 146,3 - 146,3	887,2 887,2	41,4 41,4	- 845,8 - 845,8
Uitsplitsing verschil		Nominaal	- 146,3		Nominaal	- 822,8
		Volume	0,0		Volume	18,5
		Technisch/ statistisch	0,0		Technisch/ statistisch	- 41,5
		Totaal	- 146,3		Totaal	- 845,8

Toelichting op de definitieve uitgaven 2003

Bovenstaande tabel geeft aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2003 sinds het Jaarbeeld Zorg 2003.

In het Jaarbeeld Zorg 2003 zijn de uitgaven voorlopig afgerekend. In het bijzonder voor de exploitatiegevolgen van bouw was bekend dat het CTG deze nog niet volledig in de aangeleverde budgetinformatie had kunnen verwerken. Daarom waren vooralsnog middelen die voor instandhoudingsbouw beschikbaar waren op de aanvullende post gereserveerd gebleven in het Jaarbeeld Zorg 2003. Inmiddels zijn de exploitatiegevolgen van bouw op de artikelen verwerkt.

De reservering op de aanvullende post (€ 146,3 miljoen) is daarmee vrijgevallen.

Toelichting op de voorlopige uitgaven 2004

Deze tabel geeft tevens aan welke mutaties zich hebben voorgedaan in de uitgaven 2004 sinds de Begroting 2004.

De aanvullende post bevatte bij de Begroting 2004 voornamelijk de beschikbare ruimte voor loon- en prijsontwikkeling. Deze is bij publicatie van het Centraal Economisch Plan aangepast aan de dan actuele economische variabelen en vervolgens aan de artikelen toegedeeld (€ 643,4 miljoen). Daarnaast waren in de begroting middelen gereserveerd voor de exploitatiegevolgen van bouw. Omdat het CTG deze nog niet volledig in de aangeleverde budgetinformatie heeft kunnen verwerken, is hiervoor per artikel een raming gemaakt. De bedragen voor bouw zijn nu voor 2004 geheel op de artikelen geplaatst. Hiermee kan de reservering op de aanvullende post vervallen (€ 179,4 miljoen).

De resterende middelen op de aanvullende post hebben betrekking op de nog te verwerken vergoeding in de budgetten aan de werkgevers in de zorg voor de verhoging van de WAO-premie.

BEDRIJFSVOERINGSPARAGRAAF

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 wordt verantwoording afgelegd over de onderwerpen uit de bedrijfsvoeringsparagraaf in de begroting 2004.

Sturing

a. Planningcyclus

- Integratie begroting en zorgnota

Om de interne sturing en beheersingscyclus af te stemmen op de integrale begroting zijn in navolging van de integratie van de zorgnota in de begroting, de nieuwe begrotingsdoelstellingen doorvertaald naar directieniveau.

In 2004 zijn naast de Najaarsbrief Zorg en de tweede suppletore wet, ook het Jaarbeeld Zorg en het Jaarverslag geïntegreerd. Het Jaarverslag 2004 is het eerste jaarverslag waarin VWS ook informatie over de premie-uitgaven presenteert.

- Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Onder de noemer uitzuivering BKZ heeft in 2004 een doorlichting van de premiesubsidies plaatsgevonden. Hieruit bleek dat de meeste premiesubsidies kunnen worden omgezet in begrotingssubsidies, subsidies onder de WMO en WVG, of als aanspraak in het kader van de AWBZ en ZFW. De Tweede Kamer is via de begroting op de hoogte gebracht van de uitvoering van deze voornemens. Over de financiering van de ZBO's in de topstructuur wordt de Tweede Kamer in 2005 nader geïnformeerd.

b. Organisatie

- Interne en externe verzelfstandigingen

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is per 1 januari 2004 een baten-lastendienst geworden. De openingsbalans van het RIVM is in de tweede suppletore wet opgenomen.

Het Nederlands Vaccin Instituut heeft in 2004 gewerkt aan de integratie met vaccinproductiebedrijf SVM en de verbetering van het financieel beheer. De status van tijdelijk agentschap is met een jaar (2005) verlengd.

Het NVI voldeed aan de meeste instellingsvoorwaarden. Een goedkeurende accountantsverklaring over 2003 ontbrak. Het NVI streeft naar het bereiken van de definitieve status per 1 januari 2006.

Het Agentschap CBG heeft niet in 2004, maar begin 2005 de toetsing van bestaande baten-lastendiensten aan de aangescherpte instellingsvoorwaarden doorstaan.

- Taakstellingen

Uit het strategisch akkoord en het hoofdlijnen akkoord volgen taakstellingen met betrekking tot efficiency, volume en beperking inhuur externen. De afboeking van de budgetten heeft plaatsgevonden en zowel de subsidie- als de P&M-taakstelling zijn gerealiseerd. Om de kosten van inhuur van externen verder terug te dringen en het opdrachtgeverschap te professionaliseren is in 2004 een Bureau Inhuur Externen (BIE) gevormd.

Beheersing

a. Financieel beheer

– Subsidiebeheer

In 2004 is gewerkt aan de verdere verbetering van het subsidiebeheer door het aanscherpen van de interne verantwoordelijkheidsverdeling en de interne voortgangsbewaking. Het subsidiebeleid is verder uitgewerkt, zoals in een brief aan de Tweede Kamer is uiteengezet (TK 2003–2004, 29 214, nr 9).

De verbetering van het subsidiebeheer loopt door in 2005 en bestaat dat jaar onder andere uit het aanpassen van de subsidieregelgeving. Deze aanpassing moet leiden tot een vermindering van de administratieve lasten en een betere aansluiting bij het subsidiebeleid. Een nieuw sanctiebeleid moet aansluitend daarop leiden tot een betere naleving van de subsidieregelgeving.

– Garantiebeheer

Het beheer van de door het Rijk verleende garanties op geldleningen aan instellingen in de gezondheidszorg en instellingen met voorzieningen voor gehandicapten is in 2004 overgedragen aan de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (Wfz). In 2004 heeft het Wfz, in overleg met VWS, afgesproken het bestand verleende garanties in een aantal jaar te schonen. Eind 2004 is reeds 2/3 van het bestand door het Wfz geschoond.

– Verplichtingenbeheer

Door afspraken tussen de betrokken directies over het vastleggen van verplichtingen en door de activiteiten van BIE met betrekking tot het aangaan van verplichtingen, is de naleving van regelgeving en procedures verbeterd. Daarnaast zijn de doorlooptijden van de factuurafhandeling verlaagd en vergoedt VWS wettelijke rente bij overschrijding van de betaaltermijn als gevolg van een niet aan de leverancier te wijten fout.

b. Materieel beheer

Nadat het Uitvoeringsbesluit Materieel beheer in 2004 is vastgesteld, is er gewerkt aan het in lijn brengen van het materieelbeheer met het uitvoeringsbesluit.

c. VBTB

In 2004 is gewerkt aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg. Deze zullen worden opgenomen in de Zorgbalans. De Zorgbalans geeft een samenvattend beeld van de prestaties in de zorgsector als geheel en wordt in 2006 voor het eerst gepubliceerd.

C. VERKORTE JAARREKENING

1. Departementale verantwoordingsstaat 2004 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI)

		(1)		(2)		(3) = (2)-(1)		
		Bedragen x € 1 000						
Art	Omschrijving	Oorspronkelijk vastgestelde begroting		Realisatie ¹		Verschil realisatie en oorspronkelijk vastgestelde begroting		
		Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangsten	Uitgaven	Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangsten
Totaal			11 040 692	32 105	11 442 759	72 591	402 067	40 486
	Beleidsartikelen							
21	Preventie en gezondheidsbescherming	206 251	418 699	8 755	288 971	9 214	82 720	459
22	Curatieve zorg	56 497	53 720	1 098	48 102	2 679	-8 395	1 581
23	Geneesmiddelen en medische technologie	19 447	21 235	0	19 952	1 541	505	1 541
24	Geestelijke gezondheids-, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	294 201	300 537	1 361	309 961	3 550	15 760	2 189
25	Modernisering AWBZ	20 583	20 583	0	82 657	517	62 074	517
26	Gehandicapten- en hulpmiddelenbeleid	21 562	22 254	182	15 688	1 295	-5 874	1 113
27	Veging, verzorging en ouderen	29 649	30 485	0	19 664	1 273	-9 985	1 273
28	Wet voorzieningen gehandicapten	63 253	63 480	0	85 258	7 932	22 005	7 932
29	Arbeidsmarktbeleid	149 481	159 115	28	51 051	151	98 430	123
30	Opleidingen, informatie-, kwaliteits- en patiëntenbeleid	166 085	189 376	1 083	241 249	1 754	75 164	671
31	Zorgverzekeringen	1 448	1 448	0	1 425	0	-23	0
32	Rijksbijdrage volksgezondheid	8 118 287	8 118 287	0	8 422 162	0	303 875	0
33	Jeugdbeleid	832 392	836 797	7 576	891 641	9 855	59 249	2 279
34	Lokaal Beleid	52 765	65 141	0	33 567	946	-19 198	946
35	Sportbeleid	53 791	69 901	31	57 799	1 074	4 008	1 043
36	Verzetsdeelnemers, vervolgden en burgeroorlogsgetroffenen	395 708	397 360	0	439 088	1 355	43 380	1 355
37	Inspecties	40 629	40 766	470	53 741	987	13 112	517
38	Tegemoetkoming buitengewone uitgaven	89 000	89 000	0	34 343	0	-54 657	0
	Niet-Beleidsartikelen							
98	Algemeen	146 317	146 729	11 521	185 136	28 468	38 819	16 947
99	Nominaal en onvoorzien	-4 221	-4 221	0	0	0	4 221	0

¹ De gerealiseerde bedragen zijn steeds naar boven afgerond (EUR1000).

2. Verantwoordingsstaten baten-lastendiensten

Samenvattende verantwoordingsstaat 2004 inzake baten-lastendiensten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Vershil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten-lastendienst College ter Beoordeling van Geneesmiddelen			
Totale baten	16 433	23 779	7 346
Totale lasten	16 432	18 156	1 724
Saldo van baten en lasten	1	5 623	5 622
Totale kapitaalontvangsten	0	0	0
Totale kapitaaluitgaven	113	1 364	1 251

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Vershil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten-lastendienst Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg			
Totale baten	9 301	13 242	3 941
Totale lasten	9 251	12 508	3 257
Saldo van baten en lasten	50	734	684
Totale kapitaalontvangsten	1 300	417	- 883
Totale kapitaaluitgaven	1 699	2 368	669

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten-lastendienst Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu			
Totale baten	146 200	180 574	34 374
Totale lasten	146 200	180 574	34 374
Saldo van baten en lasten	0	0	0
Totale kapitaalontvangsten	14 240	3	- 14 237
Totale kapitaaluitgaven	18 605	6 318	- 12 287

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Tijdelijke baten-lastendienst Nederlands Vaccin Instituut			
Totale baten	91 575	97 586	6 011
Totale lasten	91 575	120 898	29 323
Saldo van baten en lasten	0	- 23 312	- 23 312
Totale kapitaalontvangsten	6 000	11 340	5 340
Totale kapitaaluitgaven	11 523	12 156	633

3. Saldibalans

Financiële verantwoording van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het jaar 2004

Saldibalans per 31 december 2004 (EUR1000)				
1)	Uitgaven ten laste van de begroting	11 442 750	2) Ontvangsten ten gunste van de begroting	72 584
3)	Liquide middelen			
4)	Rekening-courant RHB		4a) Rekening-courant RHB	11 361 097
5)	Uitgaven buiten begrotingsverband (=intra-comptabele vorderingen)	287	6) Ontvangsten buiten begrotingsverband (=intra-comptabele schulden)	9 356
7)	Openstaande rechten		7a) Tegenrekening openstaande rechten	
8)	Extra-comptabele vorderingen	28 832	8a) Tegenrekening extra-comptabele vorderingen	28 832
9a)	Tegenrekening extra-comptabele schulden		9) Extra-comptabele schulden	
10)	Voorschotten	12 170 083	10a) Tegenrekening voorschotten	12 170 083
11a)	Tegenrekening garantieverplichtingen	1 495 370	11) Garantieverplichtingen	1 495 370
12a)	Tegenrekening openstaande verplichtingen	2 387 820	12) Openstaande verplichtingen	2 387 820
13)	Deelnemingen		13a) Tegenrekening deelnemingen	
	Totaal	27 525 142	Totaal	27 525 142

Toelichting op de saldibalans ultimo december 2004

Uitgaven en ontvangsten ten laste c.q. ten gunste van de begroting

Dit betreft de totalen van de uitgaven en ontvangsten, die ten laste of ten gunste van de begroting van het Ministerie van VWS over 2004 hebben plaatsgevonden.

Liquide middelen

De liquide middelen betreffen het totaal van de saldi van bankrekeningen en aanwezige kasgelden bij de kasbeherende diensten van VWS.

Uitgaven en ontvangsten buiten begrotingsverband

De uitgaven buiten begrotingsverband van € 0,3 mln betreffen nog te verrekenen voorschotten met onderdelen van het Rijk of derden. De ontvangsten buiten begrotingsverband van € 9,4 mln betreffen voornamelijk nog af te dragen loonbelasting, premies volksverzekering en pensioenpremies tot een totaalbedrag van € 9,3 mln.

Extra-comptabele vorderingen

Het vorderingensaldo van € 28,8 mln betreft 4830 vorderingen en bestaat uit: 630 vorderingen van € 24,4 mln van (beleids)directies voornamelijk in verband met afgerekende subsidie-voorschotten. 4200 vorderingen met betrekking tot het innen van opgelegde bestuurlijke boeten uit hoofde van de Warenwet van € 4,4 mln. Het totale vorderingensaldo van € 28,8 mln heeft voor € 28,7 mln betrekking op vorderingen uit de jaren 1999 tot en met 2004. Naar schatting wordt € 28,6 mln in 2005 geïncasseerd. Een bedrag van € 0,2 mln betreft vorderingen die moeizaam, zijn te incasseren (betalingsregelingen, gerechtelijke procedures, bezwaar/beroeps-procedures) en vorderingen die met toepassing van de regeling nog niet zijn afgewikkeld.

Voorschotten

In de onderstaande tabellen wordt een nadere toelichting gegeven op de openstaande voorschotten.

Tabel 1: de openstaande voorschotten naar betaaljaar per 31 december 2004 (bedragen x € 1 mln)

Betaaljaar	Bedrag
t/m 1999	18,0
2000	92,8
2001	124,2
2002	168,0
2003	1 069,4
2004	10 697,7
Totaal	12 170,1

Tabel 2 : het verloop van het saldo openstaande voorschotten in 2004 (bedragen x € 1 mln)

	Aantal	Bedrag
Stand per 1 januari 2004	8 229	10 764,7
Aanpassing beginstand i.v.m. oprichting Batenlastendienst RIVM	-/- 329	-/- 3,4
In 2004 verstrekte voorschotten	+ 3 958	+ 11 136,7
In 2004 afgerekende voorschotten	-/- 4 996	-/- 9 727,9
Stand per 31 december 2004	6 862	12 170,1

Van de openstaande voorschotten heeft € 10,7 miljard betrekking op de hierna volgende operationele doelstellingen:

- € 5,4 miljard op Dekking uitgaven AWBZ (artikel 32);
- € 3,0 miljard op Dekking uitgaven ziektenkostenverzekering (artikel 32);
- € 1,2 miljard op Adequaat stelsel van jeugdzorg (artikel 33);
- € 0,5 miljard op Maatschappelijke en vrouwenopvang (artikel 24);
- € 0,4 miljard op Wetten en regelingen oorlogsgetroffenen (artikel 36);
- € 0,2 miljard op Terugdringen personeelstekorten (artikel 29).

Tabel 3 : de achterstand bij het afrekenen van de openstaande voorschotten per 31 december 2004 (bedragen x € 1 mln)

	Bedrag
Totaal openstaande voorschotten per 31 december 2004	12 170,1
Voorschotten waarvan de verantwoordingsdatum nog geen 6 maanden is verstreken	-/- 12 078,7
Juridische belemmering	-/- 1,2
Achterstand t/m 2004 (voorschotten met verantwoordingsdatum tót 1 juli 2004)	90,2

Garantieplichtingen

Tabel 4: de opbouw van de openstaande garantieplichtingen (nominaal) 2004 (bedragen x € 1 mln)

	Bedrag
Garantieplichtingen per 1 januari 2004	2 494,9
Aanpassing beginstand in verband met de doorlichting van de leninggegevens door het waarborgfonds voor de Zorgsector en correcties op voorgaande jaren die nog niet waren verwerkt.	-/- 124,7
Verleende garanties in het verslagjaar	0,5
Verleende garanties in het verslagjaar als gevolg van herfinancieringen	176,7
Vervallen garanties in het verslagjaar	-/- 70,2
Vervallen garanties in het verslagjaar als gevolg van herfinancieringen	-/- 314,4
Garantieplichtingen per 31 december 2004	2 162,8

Tabel 5 : de uitstaande garantieplichtingen (nominaal) per 31 december 2004 (bedragen x € 1 mln)

Beleidssterreinen	Bedrag
Welzijn	553,4
Volksgezondheid	1 609,4
Totaal	2 162,8

Tabel 6 : de opbouw van het feitelijke risico van de garantieplichtingen op basis van de schuldrest van de leningen per 31 december 2004 (bedragen x € 1 mln)

	Bedrag
Feitelijk risico per 1 januari 2004	1 673,2
Aanpassing beginstand in verband met de doorlichting van de leninggegevens door het waarborgfonds voor de Zorgsector en correcties op voorgaande jaren die nog niet waren verwerkt.	-/- 72,4
Stortingen in het verslagjaar (inclusief herfinancieringen)	181,1
Aflossingen in het verslagjaar (inclusief herfinancieringen)	-/- 286,5
Feitelijk risico per 31 december 2004	1 495,4

De garantieplichtingen zijn naar beneden bijgesteld. Het beheer van de garanties van VWS is in 2004 door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) overgenomen. De doorlichting van de leninggegevens heeft tot aanzienlijk niet-financiële en financiële mutaties in deze gegevens geleid. Naar verwachting zal deze doorlichting in 2005 worden afgerond.

Tabel 7 : het feitelijke risico op basis van de schuldrest van de leningen per 31 december 2004 (bedragen x € 1 mln)

Beleidsterreinen	Bedrag
Welzijn	389,5
Volksgezondheid	1 105,9
Totaal	1 495,4

Openstaande verplichtingen.

Tabel 8 : de opbouw van de openstaande verplichtingen 2004 (bedragen x € 1 mln)

	Bedrag
Verplichtingen per 1 januari 2004	2 589,8
Aanpassing beginstand in verband met de oprichting van batenlastendienst Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu per 1 januari 2004	-/- 17,6
Aangegane verplichtingen in het verslagjaar	11 281,0
Tot betaling gekomen in het verslagjaar	-/-
Negatieve bijstellingen van verplichtingen uit eerdere begrotingsjaren	-/- 22,6
Openstaande verplichtingen per 31 december 2004	2 387,9

Van de openstaande verplichtingen heeft € 2,1 miljard betrekking op de volgende operationele doelstellingen:

- € 0,8 miljard op Adequaatsysteem van jeugdzorg (artikel 33);
- € 0,6 miljard op Toegankelijk en kwaliteit OGZ (artikel 21);
- € 0,2 miljard op Maatschappelijke en vrouwenopvang (artikel 24);
- € 0,2 miljard op Programmering onderzoek/ontwikkeling (artikel 21);
- € 0,1 miljard op Modernisering beroepsstructuur (artikel 30);
- € 0,1 miljard op Evenwicht in de marktposities (artikel 30);
- € 0,1 miljard op Vraaggestuurd systeem/zorg op maat (AWBZ, artikel 25).

In de openstaande verplichtingen is als PM opgenomen het bedrag dat VWS verschuldigd is voor ten onrechte niet betaalde wettelijke rente. Bij benadering gaat het om maximaal € 0,2 miljoen.

Deelnemingen

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft geen deelnemingen.

4. Baten-lastendiensten

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

1.1 Balans per 31 december 2004

Bedragen x € 1 000		
	Balans per 31-12-2004	Balans per 31-12-2003
Activa		
Immateriële activa	0	0
Materiële activa	649	672
* installaties en inventarissen	0	0
* overige materiële vaste activa	649	672
Vorraden	0	0
Debiteuren	2 947	1 347
Nog te ontvangen/vooruitbetaald	1 049	374
Liquide middelen	8 138	7 531
Totaal activa	12 783	9 924
Passiva		
Eigen Vermogen	7 829	3 294
* exploitatiereserve	918	102
* onverdeeld resultaat	6 911	3 192
Lening bij het MvF	0	0
Registratievergoedingen	3 155	4 222
Crediteuren	240	129
Nog te betalen/vooruitontvangen	1 559	2 279
Totaal passiva	12 783	9 924

Over de bestemming van het onverdeeld resultaat worden afspraken gemaakt met het moederdepartement.

1.2 Gespecificeerde verantwoordingsstaat 2004

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vastgestelde begroting	Realisatie	Vershil realisatie vastgestelde en oorspronkelijk begroting
Baten			
Opbrengst Moederdepartement	0	0	0
Opbrengst overige departementen	0	0	0
Opbrengst derden	16 405	23 417	7 012
Rentebaten	28	117	89
Buitengewone baten	0	245	245
Exploitatiebijdrage	0	0	0
Totaal baten	16 433	23 779	7 346
Lasten			
Apparaatskosten	15 744	17 545	1 801
* personele kosten	12 004	8 453	- 3 551
* materiële kosten	3 740	9 092	5 352
ZBO College	370	312	- 58
Afschrijvingskosten	318	299	- 19
* materieel	68	299	231
* immaterieel	250	0	- 250
Dotaties voorzieningen	0	0	0
Buitengewone lasten	0	0	0
Totaal lasten	16 432	18 156	1 724
Saldo van baten en lasten	1	5 623	5 622

Het voordelig resultaat in 2004 werd grotendeels veroorzaakt door het inlopen van achterstanden in de afhandeling van aanvragen en doordat relatief meer aanvragen zijn afgehandeld waarvoor een hoger tarief geldt dan oorspronkelijk is begroot.

Daarnaast zijn de met de behandeling van aanvragen gemoeide kosten niet in dezelfde mate gestegen als de opbrengsten. Dit wordt met name veroorzaakt doordat de inzet van middelen niet goed aansluit bij de geldende tariefstructuur. In 2005 zal in overleg met de eigenaar een nieuwe tariefstructuur worden vastgesteld, geldend vanaf 2006, waarbij de aansluiting van kostenstructuur en tariefstructuur beter geborgd zal zijn.

1.3 Kasstroomoverzicht voor het jaar 2004

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
1. Rekening courant RHB 1 januari 2004	5 255	7 531	2 276
2. Totaal operationele kasstroom	319	1 971	1 652
Totaal investeringen	- 113	- 276	- 163
Totaal boekwaarde desinvesteringen	0	0	0
3. Totaal investeringskasstroom	- 113	- 276	- 163
Eenmalige uitkering aan moederdepartement	0	- 1 088	- 1 088
Eenmalige storting door moederdepartement	0	0	0
Aflossingen op leningen	0	0	0
Beroep op leenfaciliteit	0	0	0
4. Totaal financieringskasstroom	0	- 1 088	- 1 088
5. Rekening courant RHB 31 december 2004 (=1+2+3+4)	5 461	8 138	2 677

Toelichting:

De eenmalige uitkering aan het moederdepartement ad € 1,088 miljoen betreft de afroming van het excessief Eigen Vermogen over 2001.

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

2.1 Balans per 31 december 2004

Bedragen in EUR1000		
	Balans per 31-12-2004	Balans per 31-12-2003
Activa		
Immateriële activa	734	0
Materiële activa	539	653
* installaties en inventarissen	475	609
* overige materiële vaste activa	64	44
Vorraden	153	0
Debiteuren	274	98
Nog te ontvangen/vooruitbetaald	188	1 330
Liquide middelen	2 648	2 644
Totaal activa	4 536	4 725
Passiva		
Eigen Vermogen	2 601	2 688
* exploitatiereserve	604	0
* onverdeeld resultaat	1 997	2 688
Leningen bij het MvF	326	563
Crediteuren	484	318
Nog te betalen/vooruitontvangen	1 125	1 156
Totaal passiva	4 536	4 725

Toelichting op de balans

Immateriële activa

Dit betreft een investering in de herbouw van de Geneur-applicatie (Geneesmiddelenprijzen).

Eigen vermogen

Het onverdeelde resultaat 2003 bedroeg € 2,688 miljoen. Conform de agentschapvoorschriften is 5% van de gemiddelde omzet 2003/2004 (0,604 miljoen) naar het eigen vermogen overgeheveld. Van het resterende bedrag is € 1,235 miljoen afgeroomd i.v.m. de kwijtschelding van de vorderingen op het moederdepartement. De overkomst van het Bureau Medicinale Cannabis ging gepaard met een eenmalige bijdrage (bruidschat) van € 0,414 miljoen van het moederdepartement zijnde de waarde van de handelsvoorraad cannabis en het saldo van de vorderingen en schulden.

Het batig saldo over 2004 groot € 0,734 is toegevoegd aan het onverdeelde resultaat.

Door de eigenaar zal worden bepaald op welke wijze het Eigen Vermogen wordt teruggebracht tot de maximaal toegestane omvang.

2.2 Gespecificeerde verantwoordingsstaat 2004

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten			
Opbrengst Moederdepartement	4 375	10 864	6 489
Opbrengst overige departementen	50	0	- 50
Opbrengst derden	4 876	2 338	- 2 538
Rentebaten	0	33	33
Buitengewone baten	0	7	7
Exploitatiebijdrage	0	0	0
Totaal baten	9 301	13 242	3 941
Lasten			
Apparaatskosten	8 792	11 929	3 137
* personele kosten	3 790	5 444	1 654
* materiële kosten	5 002	6 485	1 483
Rentelasten	60	21	- 39
Afschrijvingskosten	399	273	- 126
* materieel	399	273	- 126
* immaterieel	0	0	0
Dotaties voorzieningen	0	0	0
Buitengewone lasten	0	285	285
Totaal lasten	9 251	12 508	3 257
Saldo van baten en lasten	50	734	684

Toelichting op de gespecificeerde verantwoordingsstaat 2004

Het resultaat is € 0,684 miljoen hoger dan in de begroting was vastgesteld. Het positieve resultaat is mogelijk geworden door een gerealiseerde toename in productie en meer inkomsten van derden bij het BIG-register en Farmatec minus het exploitatietekort van BMC.

2.3 Kasstroomoverzicht voor het jaar 2004

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vastgestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vastgestelde begroting
1. Rekening courant RHB 1 januari 2004	0	2 644	2 644
2. <i>Totaal operationele kasstroom</i>	449	1 955	1 506
Totaal investeringen (-/-)	- 1 300	- 896	404
Totaal boekwaarde desinvesteringen (+)	0	3	3
3. <i>Totaal investeringskasstroom</i>	-1 300	- 893	407
Eenmalige uitkering aan moederdepartement (-/-)	0	- 1 235	- 1 235
Eenmalige storting door moederdepartement (+)	0	414	414
Aflossingen op leningen (-/-)	- 399	- 237	162
Beroep op leenfaciliteit (+)	1 300	0	- 1 300
4. <i>Totaal financieringskasstroom</i>	901	- 1 058	- 1 959
5. Rekening courant RHB 31 december 2004 (=1+2+3+4) (maximale roodstand 0,5 mln. euro)	50	2 648	2 598

Toelichting

De eenmalige uitkering aan het moederdepartement heeft plaatsgevonden op grond van het afboeken van de nog openstaande vordering over 2003. Deze afboeking is ten laste van het onverdeelde resultaat 2003 gebracht.

De eenmalige storting heeft betrekking op de vermogensoverdracht als gevolg van de overheveling van het Bureau Medicinale Cannabis naar het CIBG.

Er is geen gebruik gemaakt van de leenfaciliteit. De investering is betaald uit de reeds beschikbare middelen.

3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

3.1 Balans per 31 december 2004

Bedragen x € 1 000		
	Balans 31-12-04	definitieve openings balans 01-01-04
Activa		
Immateriële activa	287	594
Materiële activa	7 223	8 799
• grond en gebouwen	0	0
• installaties	1 562	1 710
• overige materiële vaste activa	5 661	7 089
Vordering op het moederdepartement	4 582	12 152
Onderhanden werk	1 605	3 284
Debiteuren	14 152	11 277
Overige vorderingen	290	314
Overlopende activa	2 476	8 908
Liquide middelen	28 494	7
Totaal activa	59 109	45 335
Passiva		
Eigen vermogen	0	0
• exploitatiereserve	0	0
• verplichte reserve	0	0
• onverdeeld resultaat	0	0
Leningen bij het MvF	5 738	9 393
Voorzieningen	13 679	3 104
Crediteuren	6 060	1 440
Overige schulden	145	1 499
Vooruit ontvangen termijnen	14 417	15 835
Overlopende passiva	19 070	14 064
Totaal passiva	59 109	45 335

Toelichting:

De vordering op het moederdepartement op de openingsbalans is in 2004 afgewikkeld. De vordering ultimo 2004 betreft een bijdrage aan een langlopende reorganisatievoorziening die in de komende jaren zal worden betaald en waarvoor de eigenaar garant staat. In het bedrag voor debiteuren is begrepen een vordering van ca. € 9,3 miljoen op NVI, waarvan ruim € 7,2 miljoen in januari 2005 is ontvangen. De resterende vorderingen hebben betrekking op andere externe opdrachtgevers zoals de EU en ziekenhuizen. Wat de overlopende activa betreft, is het merendeel van de nog te factureren omzet op de openingsbalans in 2004 afgewikkeld, waarmee de omvang tot een normaal niveau is teruggelopen.

Het hoge bedrag aan liquide middelen houdt verband met vooruitbetalingen van opdrachtgevers, de hoogte van het crediteurensaldo en met de betaling van de in de openingsbalans opgenomen vordering op het moederdepartement.

Voor de overdracht van de vermogensbestanddelen begrepen in de vaste activa is een lening afgesloten bij het ministerie van Financiën ter grootte van de boekwaarde van de vaste activa per 1 januari 2004. De post «Leningen bij het MvF» omvat het resterend bedrag van de conversielening per balansdatum. Tot de voorzieningen behoren een reorganisatievoorziening ad € 10,5 miljoen (verschuldigde bedragen aan (voormalige) werknemers op grond van de FPU-Remkes-regeling) en een voorziening wachtgeld-

uitkeringen ad € 3,0 miljoen (rechten van voormalige werknemers), Het kortlopende deel van de voorzieningen ad € 2,3 miljoen is opgenomen onder de overlopende passiva.

De toename bij de crediteuren hangt samen met een vertraging in betalingen door een storing in het verwerkingssysteem eind december. Het merendeel van het saldo crediteuren per balansdatum is inmiddels in 2005 betaald.

Bij de vooruit ontvangen termijnen gaat het om van opdrachtgevers vooruit ontvangen bedragen voor onderhanden projecten en het saldo van de projecten voor derden waarvan per ultimo 2004 de vooruit ontvangen bedragen groter zijn dan de toegerekende kosten. Verwachte verliezen op projecten zijn in mindering gebracht op de waarde van het onderhanden werk.

De toename bij de overlopende passiva heeft grotendeels betrekking op kortlopende verplichtingen inzake overlopende productie, wachtgeld-uitkeringen en reorganisatie.

3.2 Gespecificeerde verantwoordingsstaat 2004

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Vershil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten			
Opbrengst moederdepartement	57 300	71 904	14 604
Opbrengst overige departementen	55 300	61 991	6 691
Opbrengst derden	30 992	45 957	14 965
Rentebaten	200	0	- 200
Vrijval voorzieningen	2 408	0	- 2 408
Buitengewone baten	0	722	722
Totaal Baten	146 200	180 574	34 374
Lasten			
Apparaatskosten	139 342	161 567	22 225
• personele kosten	74 200	84 093	9 893
• materiële kosten	65 142	77 474	12 332
Rentelasten	400	408	8
Afschrijvingskosten	5 458	4 543	- 915
• materieel	4 758	4 099	- 659
• immaterieel	700	444	- 256
Dotaties voorzieningen	1 000	13 970	12 970
Buitengewone lasten	0	86	86
Totaal lasten	146 200	180 574	34 374
Saldo van baten en lasten	0	0	0

Toelichting:

In 2004 was sprake van een grotere omzet die gerealiseerd kon worden met een minder dan evenredige toename van de apparaatskosten en lagere afschrijvingskosten. Dit resulteert in een positief resultaat op de normale bedrijfsvoering voor dotatie voorziening.

Ten laste van de exploitatie zijn dotaties aan voorzieningen genomen ad € 13,97 miljoen, m.n. voor een reorganisatievoorziening.

Volgens een overeenkomst met het moederdepartement draagt het RIVM naar draagkracht bij in de kosten van de reorganisatievoorziening. Het moederdepartement draagt voor € 4,6 miljoen bij, zodat per saldo het saldo van baten en lasten op nul uitkomt.

De draagkracht van het RIVM was in 2004 groter dan voorzien door:

- lagere afschrijvingskosten (€ 0,9 miljoen);
- een ten opzichte van de hogere omzet minder dan evenredige toename van de apparaatskosten (€ 3,9 miljoen);
- een niet tot besteding gekomen deel van een aanvullende bijdrage voor huisvestingskosten (€ 2,6 miljoen);
- wel geplande maar niet tot besteding gekomen bedragen voor aanpassingen van de besturing en de bedrijfsvoering vanwege de overgang naar het baten-lastensysteem. (€ 3,3 miljoen);
- diverse bijzondere baten (€ 0,7 miljoen).

Ten opzichte van de begroting is de realisatie van zowel baten als lasten aanzienlijk hoger. Dit houdt verband met de systematiek bij het opmaken van de begroting, waardoor slechts opgenomen zijn de harde toezeggingen van de primaire opdrachtgevers. In de realisatie zijn ook begrepen de baten en lasten inzake in de loop van het boekjaar verstrekte opdrachten.

3.3 Kasstroomoverzicht voor het jaar 2004

Bedragen x € 1 000			
	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vastgestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vastgestelde begroting
1 Rekening-courant RHB 1 januari 2004	0	0	0
2 Totaal operationele kasstroom	4 550	34 806	30 256
Totaal investeringen (-/-)	5 475	2 663	- 2 812
Totaal boekwaarde desinvesteringen (+)	0	3	3
3 Totaal investeringskasstroom	- 5 475	- 2 660	2 815
Eenmalige uitkering aan moederdepartement (-/-)	8 765	0	- 8 765
Eenmalige storting door moederdepartement (+)	0	0	0
Aflossing op leningen (-/-)	4 365	3 655	- 710
Beroep op leenfaciliteit (+)	14 240	0	- 14 240
4 Totaal financieringskasstroom	1 110	- 3 655	- 4 765
5 Rekening-courant RHB 31 december 2004 (1+2+3+4) (maximale roodstand 0,5 mln. euro)	185	28 491	28 306

Toelichting:

Operationele kasstroom:

Het kasgeld op 01/01/04 bedroeg € 7 000 en per 31/12/04 € 3 000. Dit is verwerkt in de operationele kasstroom. De toename van de operationele kasstroom is voornamelijk toe te schrijven aan de afbetaling van de vordering moederdepartement, de vorming van voorzieningen en een toename van het crediteurensaldo ten opzichte van de openingsbalans.

Investeringskasstroom:

Bij de investeringskasstroom is zichtbaar dat het investeringsniveau in 2004 lager lag dan bij het opmaken van de begroting werd voorzien.

Financieringskasstroom:

De in de ontwerpbegroting voorziene overname van de vaste activa, de daarvoor te verstrekken uitkering aan het moederdepartement en het beroep dat daartoe op de leenfaciliteit is gedaan, waren reeds in de openingsbalans van het RIVM verwerkt. In de vergelijking met de eindbalans spelen ze daarom geen rol meer, hetgeen de aanmerkelijke verschillen bij de financieringskasstroom verklaart.

4. Tijdelijke baten-lastendienst Nederlands Vaccin Instituut (NVI)

4.1 Balans per 31 december 2004

Tabel: Balans per 31 december 2004 (bedragen x € 1 000)		
	Balans per 31-12-2004	Balans per 31-12-2003
Activa		
Immateriële activa	0	0
Materiële activa	12 278	14 323
• grond en gebouwen	69	86
• installaties	11 650	13 977
• overige materiële vaste activa	559	260
Voorraden	10 823	10 629
Debiteuren	7 477	5 806
Nog te ontvangen	15 499	6 407
Liquide middelen	29 005	34 524
Totaal activa	75 082	71 689
Passiva		
Eigen vermogen	10 306	33 618
• exploitatiereserve	33 618	30 521
• verplichte reserve	0	0
• onverdeeld resultaat	- 23 312	3 097
Leningen bij het MvF	1 648	0
Kredietfaciliteit moederdepartement	0	10 491
Voorzieningen	9 050	95
Vooruitontvangen	6 136	9 536
Crediteuren	13 752	9 204
Nog te betalen	34 190	8 745
Totaal passiva	75 082	71 689

Toelichting:

De onder de balans per 31-12-2003 opgenomen bedragen zijn inclusief de inbreng van SVM per 1 januari 2004. Het eigen vermogen van de overdrachtsbalans SVM bedraagt € 23,0 miljoen. Over deze inbreng is vennootschapsbelasting verschuldigd. Ultimo 2004 heeft NVI een bedrag van € 15,5 miljoen te vorderen. Dit hoge bedrag wordt voornamelijk veroorzaakt door de effecten van de tijdelijke aankoop DaKTPHib. In 2004 is een negatief resultaat behaald van € 13,9 miljoen voor vennootschapsbelasting. De te betalen vennootschapsbelasting over het resultaat 2004 en de inbreng SVM is berekend op € 9,4 miljoen¹. Voorgesteld wordt om het onverdeelde negatieve resultaat van € 23,3 miljoen ten laste van de exploitatiereserve te brengen. In principe bedraagt de hoogte van het eigen vermogen maximaal 5% van de gemiddelde omzet van de afge-

¹ Na het opmaken van de jaarrekening 2004 is besloten dat NVI wordt gecompenseerd voor de vennootschapsbelasting die is verschuldigd op grond van de inbreng van SVM, opdat deze inbreng fiscaal neutraal plaatsvindt. Dit positieve effect op het eigen vermogen van NVI wordt als opbrengst verantwoord in de exploitatie 2005.

lopen 3 jaren. In 2005 zal een besluit worden genomen over de gewenste financieringsverhoudingen voor het NVI. Daarbij dient nog rekening te worden gehouden met de financiering door middel van een lening bij het Ministerie van Financiën van de vaste activa die voor 2004 zijn aangeschaft (€ 10,6 miljoen). In 2004 zijn voorzieningen gevormd voor het voorzienbare verlies DKTPHib 2006 van naar schatting € 8,3 miljoen en voor de uitgaven voor de Remkesregeling van € 0,7 miljoen. Ultimo 2004 staat op de balans een bedrag van € 34,2 miljoen nog te betalen. Dit betreft voornamelijk nog te ontvangen facturen, de tijdelijke aankoop DaKTPHib en de te betalen vennootschapsbelasting. Voor een meer uitgebreide toelichting wordt verwezen naar de jaarrekening van NVI.

4.2 Gespecificeerde verantwoordingsstaat 2004

Tabel: Gespecificeerde verantwoordingsstaat 2004 (bedragen x € 1 000)			
	(1)	(2)	(3) = (2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vast-gestelde begroting	Realisatie	Verschil realisatie en oorspronkelijk vast-gestelde begroting
Baten			
Opbrengst moederdepartement	27 689	42 628	14 939
Opbrengst overige departementen	0	0	0
Opbrengst derden	63 886	54 594	- 9 292
Rentebaten	0	364	364
Buitengewone baten	0	0	0
Exploitatie bijdrage	0	0	0
Totaal Baten	91 575	97 586	6 011
Lasten			
Apparaatskosten	84 752	83 877	- 875
• personele kosten	22 032	20 734	- 1 298
• materiële kosten	56 043	56 512	469
• huurkosten	6 677	6 631	- 46
Rentelasten	1 841	0	- 1 841
Afschrijvingskosten	4 982	3 710	- 1 272
• materieel	4 982	3 710	- 1 272
• immaterieel	0	0	0
Dotaties voorzieningen	0	9 050	9 050
Buitengewone lasten	0	24 261	24 261
Totaal lasten	91 575	120 898	29 323
Saldo van baten en lasten	0	- 23 312	- 23 312

Toelichting:

De opbrengst moederdepartement is veel hoger dan begroot. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het besluit om DKTPHib te vervangen door een aangekocht vaccin DaKTPHib.

Wat betreft de opbrengst derden, is de omzet rijksvaccinatieprogramma is € 2,6 miljoen lager dan begroot. Dit wordt voor € 1,2 miljoen veroorzaakt doordat in de begroting van een hoger aantal kinderen c.q. vaccinaties is uitgegaan. Verder is er een creditomzet van € 1,4 miljoen in verband met het omruilen van de DKTPHib voor de aangekochte DaKTPHib.

Aan omzet export is € 5,0 miljoen minder gerealiseerd dan begroot. Dit wordt veroorzaakt doordat een veronderstelde groei voor 2004 niet haalbaar is gebleken vanwege te optimistische inschatting van de registratietrajecten.

De dotaties voorzieningen betreffen het geschatte verlies als gevolg van de doorloop vaste kosten in 2006 van de DKTPHib van € 8,3 miljoen en de toekomstige uitgaven voor de Remkesregeling van € 0,7 miljoen.

In 2004 is een bedrag van € 24,3 miljoen aan buitengewone lasten verantwoord. Dit wordt voor € 1,6 miljoen veroorzaakt door verliezen die voortkomen uit 2003, € 13,3 miljoen is het gevolg van de tijdelijke aanschaf DaKTPHib en € 9,4 miljoen betreft de vennootschapsbelasting over de inbreng van het eigen vermogen van SVM en over het negatieve resultaat 2004¹.

Voor een meer uitgebreide toelichting wordt verwezen naar de jaarrekening 2004 van NVI.

4.3 Kasstroomoverzicht voor het jaar 2004

Tabel: Kasstroomoverzicht 2004 (bedragen x € 1 000)			
	(1)	(2)	(3) = (2)-(1)
Omschrijving	Oorspronkelijk vastgestelde begroting	Realisatie	Vershil realisatie en oorspronkelijk vastgestelde begroting
1 Rekening-courant RHB 1 januari 2004	822	34 524	33 702
2 Totaal operationele kasstroom	4 982	- 4 703	- 9 685
Totaal investeringen (-/-)	- 6 410	- 1 665	4 745
Totaal boekwaarde desinvesteringen (+)	0	0	0
3 Totaal investeringskasstroom	- 6 410	- 1 665	4 745
Eenmalige uitkering aan moederdepartement (-/-)	0	0	0
Eenmalige storting door moederdepartement (+)	0	9 692	9 692
Aflossing op leningen (-/-)	- 5 113	- 10 491	- 5 378
Beroep op leenfaciliteit (+)	6 000	1 648	- 4 352
4 Totaal financieringskasstroom	887	849	- 38
5 Rekening-courant RHB 31 december 2004 (1+2+3+4) (maximale roodstand 0,5 mln. euro)	281	29 005	28 724

Toelichting:

De stand rekening courant per 1 januari 2004 is inclusief de liquide middelen van SVM. De eenmalige storting door het moederdepartement hing voor een bedrag van € 6,7 miljoen samen met de tijdelijke aankoop DaKTPHib. De kredietfaciliteit ter grootte van € 10,5 miljoen, die op de beginbalans staat, is conform afspraak in 2004 afgelost.

¹ Na het opmaken van de jaarrekening 2004 is besloten dat NVI wordt gecompenseerd voor de vennootschapsbelasting die is verschuldigd op grond van de inbreng van SVM, opdat deze inbreng fiscaal neutraal plaatsvindt. Dit positieve effect op het eigen vermogen van NVI wordt als opbrengst verantwoord in de exploitatie 2005.

D. BIJLAGEN

1. Financieel Beeld Zorg

1.1 Inleiding

In dit Jaarverslag is het Jaarbeeld Zorg geïntegreerd. Dat wil zeggen dat naast de begrotingsuitgaven nu ook de premiegefinancierde zorguitgaven zijn opgenomen. Voor deze premie-uitgaven geldt een ander uitgavenplafond dan voor de begrotingsuitgaven, namelijk het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Daarom is het van belang in deze bijlage deze premie-uitgaven afzonderlijk te presenteren en samenhang en totaliteit te bezien. Deze bijlage geeft op hoofdlijnen een toelichting op de financiële kerncijfers en de (voorlopige) realisatie over de jaren 2003 en 2004. Daarnaast geven we inzicht in de budgettaire ontwikkelingen sinds de 2e Suppletore Wet 2004. Een beleidsinhoudelijke toelichting op de uitgavenontwikkelingen is te vinden in de beleidsartikelen.

In paragraaf 1.2.1 definiëren we de uitgavenbegrippen die gehanteerd worden en in paragraaf 1.2.2 geven we een toelichting op de relatie tussen budgetten en financiering.

Bij de opstelling van het Jaarverslag staat de realisatie van de begrotingscijfers van het afgelopen jaar vast. Dit is bij de premiecijfers niet het geval. De realisatiecijfers over het afgelopen jaar worden in de maanden daarna soms nog relatief fors bijgesteld. Vandaar dat we in paragraaf 1.2.3 een overzicht geven van de bijstellingen in de gerealiseerde premie-uitgaven en -ontvangsten in het jaar 2003. Paragraaf 1.2.4 toont de ontwikkeling van de zorguitgaven en in paragraaf 1.2.5 worden de netto BKZ-uitgaven geconfronteerd met het kader zoals dat door het kabinet is vastgesteld en bijgesteld. Daarbij is van belang wat de opbrengst is geweest van de maatregelen die in de begroting 2004 waren opgenomen. Deze wordt in paragraaf 1.2.6 gepresenteerd en toegelicht. Paragraaf 1.2.7 geeft een overzicht van de uitgavenontwikkeling in de jaren 2001 t/m 2004. Ten slotte geeft paragraaf 1.2.8 informatie over ontwikkelingen in de bouw. In hoofdstuk 1.3 presenteren we de financiering van de zorguitgaven voor de jaren 2003 en 2004. Het geeft tevens inzicht in de ontwikkelingen bij het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten en de Algemene Kas Ziekenfondswet. Ten slotte geeft hoofdstuk 1.4 een overzicht van de informatiebronnen die gebruikt zijn om (de afrekening over 2003 en 2004 in) het premie-deel van dit Jaarverslag op te stellen, voor zowel de gebudgetteerde als de niet-gebudgetteerde sectoren.

1.2 Financiële kerncijfers zorguitgaven en Budgettair Kader Zorg

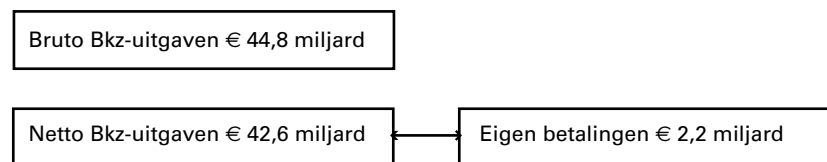
1.2.1 Uitgavenbegrippen

In het Hoofdlijnenakkoord heeft het kabinet Balkenende II afspraken vastgelegd over de budgettaire ruimte die in de jaren 2003 tot en met 2007 beschikbaar is voor de financiering van de zorguitgaven, het zogenoemde 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 beta-

lingen van patiënten. Figuur 1 geeft een overzicht van deze twee uitgavenbegrippen, met daarbij vermeld de bedragen die voor het jaar 2004 in dit Jaarverslag zijn opgenomen.

Figuur 1 Relatie tussen bruto en netto BKZ-uitgaven 2004



bron: VWS

1.2.2 Relatie tussen budgetten en financiering

Het BKZ wordt voor alle sectoren gebaseerd op de uitgaven van de verzekeraars en de zorgkassen. Een gevolg hiervan is dat de informatie die het CVZ geeft over de ontwikkeling van de uitgaven ZFW en AWBZ voor alle sectoren de basis vormt voor de uitkomst van de BKZ-relevante uitgaven. Tussen budgetten en uitgaven van de verzekeraars en de zorgkassen kunnen echter verschillen optreden, de zogeheten financieringsachterstanden en -voorsprongen.

Bij de AWBZ-sectoren gaat het daarbij om verschillen tussen de voorschotten die gedurende het jaar aan de instelling worden betaald enerzijds, en de budgetten anderzijds. Deze budgetten worden vaak nog na afloop van het jaar bijgesteld, bijvoorbeeld door nacalculatie van niet-gerealiseerde productieafspraken. Bij de ziekenhuizen gaat het om mogelijke verschillen tussen het totaal aan gedeclareerde tarieven in een bepaald jaar en de budgetten. Ook deze worden na afloop van het jaar nog bijgesteld. Wanneer financieringsachterstanden of -voorsprongen zijn opgetreden, worden vervolgens de voorschotten (bij de care) of de tarieven (bij de ziekenhuiszorg) aangepast om deze weer weg te werken. Het gevolg van het wegwerken van financieringsachterstanden of -voorsprongen is dat de ontwikkeling van de uitgaven van de verzekeraars en de zorgkassen onder invloed staat van dit soort financieringsschommelingen. Om die reden is er voor gekozen in de toelichtingen op de beleidsartikelen met premie-uitgaven tabellen op te nemen die de ontwikkeling in de budgetten weergeven. Deze geven een beter beeld van de uitgavenontwikkeling in de betreffende sector.

In deze bijlage, waarbij de nadruk ligt op de confrontatie van de BKZ-uitgaven met het beschikbare kader, zijn de tabellen echter gebaseerd op de uitgaven van de verzekeraars en de zorgkassen, oftewel de financiering. Tabel 1 geeft voor de verschillende artikelen de relatie tussen de budgetten, de financiering en de daaruit voortvloeiende mutaties in de financieringsachterstand (of voorsprong).

Tabel 1 Relatie tussen budgetten en financiering (bedragen in € miljoen)

Sector	Uitgaven/ budgetten 2004	Financiering 2004	Verschil = mutatie financierings- achterstand*
Gezondheidsbevordering en preventie	237,3	237,6	0,3
Curatieve zorg	17 294,2	17 600,2	306,0
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	4 166,8	4 166,8	
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	3 709,0	3 695,9	- 13,1
AWBZ-brede zorg	805,2	726,2	- 79,0
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	5 871,6	5 921,8	50,2
Verpleging, verzorging en ouderen	11 261,7	11 206,8	-54,9
Zorgverzekeringen	1 255,2	1 255,2	
Aanvullende post	41,4	0,0	- 41,4
Totaal	44 642,4	44 810,5	168,1

* Bij een negatief getal neemt de financieringsachterstand toe, cq neemt de financieringsvoorsprong af
bron: VWS

1.2.3 Definitieve afrekening 2003

Vorig jaar mei is het Jaarbeeld Zorg 2003 uitgebracht. Daarin zijn realisatiecijfers over de jaren 2002 en 2003 gepresenteerd. Sindsdien zijn, op grond van meer definitieve realisatiecijfers, diverse correcties aangebracht op het gepresenteerde beeld over het jaar 2003. Tabel 2 laat deze correcties zien.

Tabel 2 Ontwikkeling bruto BKZ-uitgaven en -ontvangsten (jaar 2003)

In € miljoen	2003
Stand bruto BKZ-uitgaven Zorgnota 2003	41 918,5
Mutaties t/m Najaarsbrief Zorg 2003	1 480,5
Mutaties afrekening Jaarbeeld Zorg 2003	588,1
Stand bruto BKZ-uitgaven Jaarbeeld Zorg 2003	43 987,1
Definitieve afrekening	- 321,0
- mee en tegenvallers nominaal	- 149,2
- mee en tegenvallers volume	221,1
- financieringsmutatie	- 392,9
Stand bruto BKZ-uitgaven Jaarverslag 2004	43 666,0
Stand BKZ-ontvangsten Zorgnota 2003	2 659,8
Mutaties t/m Najaarsbrief Zorg 2003	- 351,2
Mutaties afrekening Jaarbeeld Zorg 2003	106,5
Stand BKZ-ontvangsten Jaarbeeld Zorg 2003 ¹	2 418,7
Definitieve afrekening	- 293,9
- mee- en tegenvallers volume	- 293,9
Stand BKZ-ontvangsten Jaarverslag 2004	2 124,8

bron: VWS

¹ Inclusief een technische correctie van 3,6 miljoen die na publicatie is verwerkt

De nominale uitgavenbijstelling is het gevolg van nadere loon- en prijsbijstellingen in de diverse sectoren en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

De volume-mutatie is het saldo van de (definitieve) afrekening in de verschillende sectoren en wordt voornamelijk veroorzaakt door een

bijstelling van de uitgaven in de curatieve zorg (€ 109,3 miljoen), de geestelijke gezondheidszorg (€ 55,9 miljoen), verpleging en verzorging (€ 18,8 miljoen) en de uitgaven voor zorgverzekeringen (€ 41,2 miljoen).

Daarnaast doen zich kleine meevallers voor in onder andere de uitgaven voor gehandicaptenzorg (€ 9,7 miljoen) en preventie (€ 4,4 miljoen). De ontvangstenmutatie van € 293,9 miljoen is voornamelijk het gevolg van lagere eigen bijdragen particulier in ziekenhuizen en bij medisch specialisten (€ 152,7 miljoen) en lagere ontvangsten Eigen Betalingen in AWBZ-instellingen (€ 137,3 miljoen). Er is een onderzoek gestart naar de oorzaken van deze tegenvaller. Besluitvorming naar aanleiding van dit onderzoek is naar verwachting deze zomer afgerond.

1.2.4 Ontwikkeling zorguitgaven (jaar 2004)

Sinds de opstelling van de VWS-begroting 2004 is het geraamde uitgaven- en ontvangstenniveau 2004 meermalen bijgesteld. Deze mutaties zijn voor een groot deel in de 1e Suppletore Wet 2004 (Tweede Kamer 2003–2004, 29 564), de VWS-begroting 2005 (Tweede Kamer 2003–2004, 29 800 hoofdstuk XVI, nr. 1) en de 2e Suppletore Wet 2004 (Tweede Kamer 2004–2005, 29 906, nr. 1) opgenomen. In tabel 3 zijn (bij de uitgavenmutaties t/m de 2e Suppletore Wet 2004) onder beleidsmaatregelen en intensiveringen onder andere de extra middelen opgenomen die bij 1e Suppletore Wet 2004 beschikbaar zijn gesteld (ruim € 0,5 miljard). Deze middelen dienden vooral ter bestrijding van wachtlijsten en extra productie in de AWBZ-sectoren. Vervolgens is bij begroting 2005 en bij 2e Suppletore Wet 2004 de raming van de bruto BKZ-uitgaven met in totaal € 0,6 miljard naar boven bijgesteld. Een inhoudelijke toelichting op de mutaties is te vinden in de bovengenoemde rapportages.

De mutaties ná de 2e Suppletore Wet 2004 staan vermeld in tabel 3.

Tabel 3 Ontwikkeling bruto BKZ-uitgaven en ontvangsten op totaalniveau (jaar 2004)

In € miljoen	2004
Stand bruto BKZ-uitgaven VWS-begroting 2004	44 089,5
Mutaties t/m 2e Suppletore Wet 2004	1 088,8
– mee en tegenvallers nominaal	31,4
– mee en tegenvallers volume	619,1
– technisch/statistisch	126,7
– financieringsmutaties	311,6
Stand bruto BKZ-uitgaven 2e SW 2004	45 178,3
Mutaties afrekening Jaarverslag 2004	– 367,8
mee en tegenvallers nominaal	– 227,7
mee en tegenvallers volume	40,0
technisch/statistisch	– 47,6
– financieringsmutatie	– 132,5
Stand bruto BKZ-uitgaven Jaarverslag 2004	44 810,5
Stand BKZ-ontvangsten VWS-begroting 2004	2 869,7
Mutaties t/m 2e Suppletore Wet 2004	– 392,3
– mee en tegenvallers volume	– 392,3
Stand BKZ-ontvangsten 2e Suppletore Wet 2004	2 477,4
Mutaties afrekening Jaarverslag 2004	– 274,0
– mee en tegenvallers volume	– 274,0
Stand BKZ-ontvangsten Jaarverslag 2004	2 203,4

bron: VWS

De nominale uitgavenbijstelling (– € 227,7 miljoen) is het gevolg van nadere loon- en prijsbijstellingen in de diverse sectoren en het actualiseren van de raming van de kapitaallasten.

Daarnaast bedraagt het saldo van mee en tegenvallers volume € 40,0 miljoen. Deze tegenvaller is voornamelijk het gevolg van extra uitgaven in de curatieve zorg (€ 45,3 miljoen), De volume-overschrijding van de onder het AWBZ-convenant vallende sectoren bedraagt ten opzichte van de bij VWS-begroting 2005 aangepaste ramingen (incl. ruimte voor demografische groei en knelpunten) € 19,1 miljoen. In verhouding tot de aanzienlijke tegenvallers die zich in voorgaande jaren voordeden, is deze tegenvaller beperkt in omvang en dat kan worden gezien als een gevolg van het kabinetsbesluit dat aanbieders van AWBZ-zorg en zorgkantoren in principe geen aanvullende afspraken mogen maken boven het niveau van de reeds goedgekeurde productieafspraken per 1 april 2004.

Daarnaast zijn er in omvang geringe tegenvallers op diverse sectoren van in totaal circa € 65 miljoen (preventie, hulpmiddelen en vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten). Voorts is sprake van lagere uitgaven voor PGB's (€ 83,8 miljoen) en geneesmiddelen (€ 14,0 miljoen) en in omvang geringe meevallers op andere sectoren.

De tegenvaller in de ontvangsten is het gevolg van gevolg van lagere eigen bijdragen particulier in ziekenhuizen en bij medisch specialisten (€ 142,7 miljoen) en lagere ontvangsten Eigen Betalingen in AWBZ-instellingen (€ 131,3 miljoen). Zoals in de vorige paragraaf reeds is gemeld, is er een onderzoek gestart naar de oorzaken van deze tegenvaller.

1.1.1 Confrontatie netto BKZ-uitgaven en budgettair kader zorg

Tabel 4 presenteert de ontwikkeling van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) sinds de opstelling van de VWS-begroting 2004. De uitgaven die aan het BKZ worden getoetst zijn de netto BKZ-uitgaven, dat wil zeggen de bruto uitgaven verminderd met de eigen betalingen van patiënten.

Tabel 4 confronteert het bedrag van deze netto BKZ-uitgaven met het BKZ.

Tabel 4 Confrontatie netto BKZ-uitgaven en Budgettair Kader Zorg 2004

In € miljoen	netto BKZ-uitgaven 2004	Budgettair Kader Zorg 2004	Vershil
Stand VWS-begroting 2004	41 220	41 214	6
Stand 1e Suppletore Wet 2004	42002	41 049	953
Stand begroting 2005	42 500	41 069	1 431
Stand 2e Suppletore Wet 2004	42 701	41 075	1 626
Mutaties na 2e Suppletore Wet 2004	– 94	1	– 95
Stand Jaarverslag 2004	42 607	41 076	1 531

bron: VWS

Bij de start van het kabinet Balkenende II (kort voor het opstellen van de begroting 2004) is het BKZ gelijkgesteld aan de op dat moment actuele raming van de netto BKZ-uitgaven. De zorguitgaven (en met name de uitgaven ter bestrijding van de wachtlijsten in de zorg) groeiden echter harder dan geraamd. Bij 1e Suppletore Wet 2004 bleek reeds een overschrijding van meer dan € 0,9 miljard en die overschrijding is bij begroting 2005 en 2e Suppletore Wet 2004 toegenomen tot meer dan € 1,6 miljard. Uit de (voorlopige) afrekening van de zorguitgaven blijkt nu een overschrijding van het BKZ van circa € 1,5 miljard.

1.2.6 Opbrengst van maatregelen uit de begroting 2004

Tabel 5 geeft een overzicht van de maatregelen die waren opgenomen in de begroting en de gerealiseerde opbrengst van die maatregelen.

Tabel 5: Opbrengst maatregelen uit de begroting 2004

bedragen in € miljoen	Opbrengst maatregel	
	geraamd	gerealiseerd
a. Beperking ziekenfondspakket		
1. Overig ziekenvervoer	135	0
2. Fysio- en oefentherapie	375	434
3. Tandheelkundige zorg volwassenen	200	166
4. 1e IVF-behandeling en bijbehorende medicatie	30	30
5. Anticonceptie	70	70
6. Zelfzorggeneesmiddelen	60	84
b. Maatregelen AWBZ		
1. Beperking behandelingen psychotherapie	74	zie onder
2. Schrappen zorgvernieuwing bij thuiszorginstellingen en verpleeghuizen	70	} zie onder
3. Schrappen niet aan productie gerelateerde middelen voor thuiszorginstellingen	100	
4. Eigen betalingen intra- en extramuraal	180	180
c. Overige maatregelen		
1. Prijsmaatregel geneesmiddelen (convenant)	432	386
2. Terugdringen ziekteverzuim	17	17
3. Eigen bijdrage geneesmiddelen: receptregelvergoeding	210	0

bron: VWS

a. Beperking ziekenfondspakket

1. Overig ziekenvervoer

De oorspronkelijke maatregel betrof het schrappen van het overig ziekenvervoer uit het ziekenfondspakket. Deze is gepresenteerd als een maatregel die €135 miljoen zou opleveren, maar daarin is een oude taakstelling van € 54 miljoen niet meegerekend. Voor flankerend beleid was € 60 miljoen beschikbaar. Uiteindelijk is de maatregel verzacht en vertraagd. Ter compensatie voor de vertraagde invoering is € 50 miljoen aan het kader toegevoegd. Met ingang 1 juni 2004 is de regeling zittend ziekenvervoer beperkt tot vier groepen. In schrijvende gevallen kan eventueel een beroep gedaan worden op de hardheidsclausule. Voor de hardheidsclausule is in 2004 € 15 miljoen toegevoegd. Dit is gedekt door het schrappen van sterilisaties uit het pakket. Bij de Najaarsbrief bleek een overschrijding van € 10 mln. De bijgestelde uitgavenraming 2004 kwam hiermee op € 135 mln. Daardoor is de geraamde opbrengst van de nieuwe maatregel in 2004 niet gehaald, maar wel is een opbrengst van € 45 miljoen gerealiseerd, waarmee de oude taakstelling grotendeels is ingevuld.

2. Fysio- en oefentherapie

Vanaf 2004 is de vergoeding van fysio- en oefentherapie beperkt. Fysio- en oefentherapie wordt alleen nog maar vergoed voor chronische ziekten na de 9e behandeling. Op basis van informatie van het CVZ is in de Eerste Suppletore Wet 2004 de geraamde opbrengst met € 100 miljoen verhoogd van € 375 miljoen tot € 475 miljoen. Uit realisatiecijfers blijkt dat de opbrengst uitkomt € 434 miljoen, een tegenvaller van € 41 miljoen.

3. Tandheelkundige zorg voor volwassenen

Vanaf 2004 wordt tandheelkundige zorg voor volwassenen niet meer vergoed. Tandheelkundige zorg voor kinderen onder de 18 jaar wordt nog wel vergoed. De lagere opbrengst wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een stijging van het aantal implantaten.

4. 1e IVF-behandeling en bijbehorende medicatie
De 1e IVF-behandeling en bijbehorende medicatie worden niet langer vergoed. De voor 2004 geraamde opbrengst is gerealiseerd.
5. Anticonceptie boven 21 jaar
Anticonceptie voor personen ouder dan 21 jaar wordt niet langer vergoed. De voor 2004 geraamde opbrengst is gerealiseerd.
6. Zelfzorggeneesmiddelen
In 2004 is in eerste instantie besloten zelfzorggeneesmiddelen niet meer te vergoeden indien deze korter dan één jaar worden gebruikt. De opbrengst van deze maatregel werd geraamd op € 60 miljoen. Naar aanleiding van de Algemene Beschouwingen 2004 is besloten de zelfzorggeneesmiddelen geheel uit het pakket te schrappen. Hierdoor werd de opbrengst nog € 55 miljoen hoger geraamd. Uit gegevens van CVZ/SFK blijkt nu echter een tegenvaller van € 31 miljoen.

b. Maatregelen AWBZ

1. Beperking aantal behandelingen psychotherapie
De oorspronkelijke maatregel tot beperking van de aanspraak psychotherapie tot maximaal 30 is gedifferentieerd naar stoornis. Bij persoonlijkheidsstoornissen en voor verzekerden tot 18 jaar, ongeacht ziektebeeld bedraagt het aantal vergoede behandelingen maximaal 50. Bij overige stoornissen bedraagt het maximum 25. Bij psychoanalytische behandelingen geldt geen maximum.
De eigen bijdrage is verhoogd van € 10,40 tot € 15,00 per zitting (met een maximum van € 675 per jaar). Vooralsnog is nog onduidelijk wat de opbrengst van deze maatregel is geweest.
2. en 3. Schrappen zorgvernieuwing bij thuiszorginstellingen en verpleeghuizen en niet aan productie gerelateerde middelen voor thuiszorginstellingen
Het was de bedoeling om met ingang van 2004 voor verpleeghuizen en thuiszorginstellingen niet langer zorgvernieuwingsgelden beschikbaar te stellen. Ook de resterende middelen – naast de zorgvernieuwingsgelden – van de bestedingsafspraken met thuiszorginstellingen zijn in 2004 niet langer beschikbaar gesteld.
De budgetten van de instellingen zijn door de hierboven vermelde maatregelen gekort met circa € 330 miljoen. Op grond van de uitkomsten van een onafhankelijk onderzoek is voor 2004 besloten om nog eenmalig € 40 miljoen beschikbaar te stellen voor zorgvernieuwing in de verpleeghuizen en de thuiszorg. Per saldo is dus voor € 290 miljoen gekort.
In de begroting werd uitgegaan van een opbrengst van € 270 miljoen, waarbij verondersteld werd dat voor € 100 miljoen substitutie naar reguliere productie zou plaatsvinden. Er is dus een extra opbrengst van € 20 miljoen gerealiseerd.
Omdat de reguliere productie die het gevolg is van substitutie niet kan worden onderscheiden van de andere reguliere productie, is het substitutie-effect echter niet te bepalen. Daarom is ook niet vast te stellen welke besparing de maatregel per saldo heeft opgeleverd.
4. Eigen betalingen intra- en extramuraal
Met ingang van 2004 zijn de eigen bijdragen in de AWBZ voor de intra- en de extramurale zorg verhoogd. Deze verhoging heeft inderdaad tot € 180 miljoen hogere ontvangsten geleid.

c. Overige Maatregelen.

1. Prijsmaatregelen geneesmiddelen (convenant)

Met het convenant geneesmiddelen is invulling gegeven aan deze maatregel. Bovendien is in het convenant een taakstelling van € 190 miljoen clawback ingevuld. In totaal is de opbrengst van het convenant in 2004 uitgekomen op € 576 miljoen. Het besparingsverlies bedraagt dus € 46 miljoen.

2. De maatregel terugdringing ziekteverzuim is vormgegeven door de loongerelateerdebestanddelen van de instellingsbudgetten te korten.

3. De begroting 2004 voorzag in een bijdrage van de patiënt van € 1,50 per afgeleverd geneesmiddel, de medicijnkraak. Naar aanleiding van de Algemene Beschouwingen 2004 is besloten deze maatregel niet door te zetten.

1.2.7 Uitgavenontwikkeling in de jaren 2001 t/m 2004

Tabel 6 presenteert een overzicht van de bruto BKZ-uitgaven per sector in de jaren 2001 tot en met 2004.

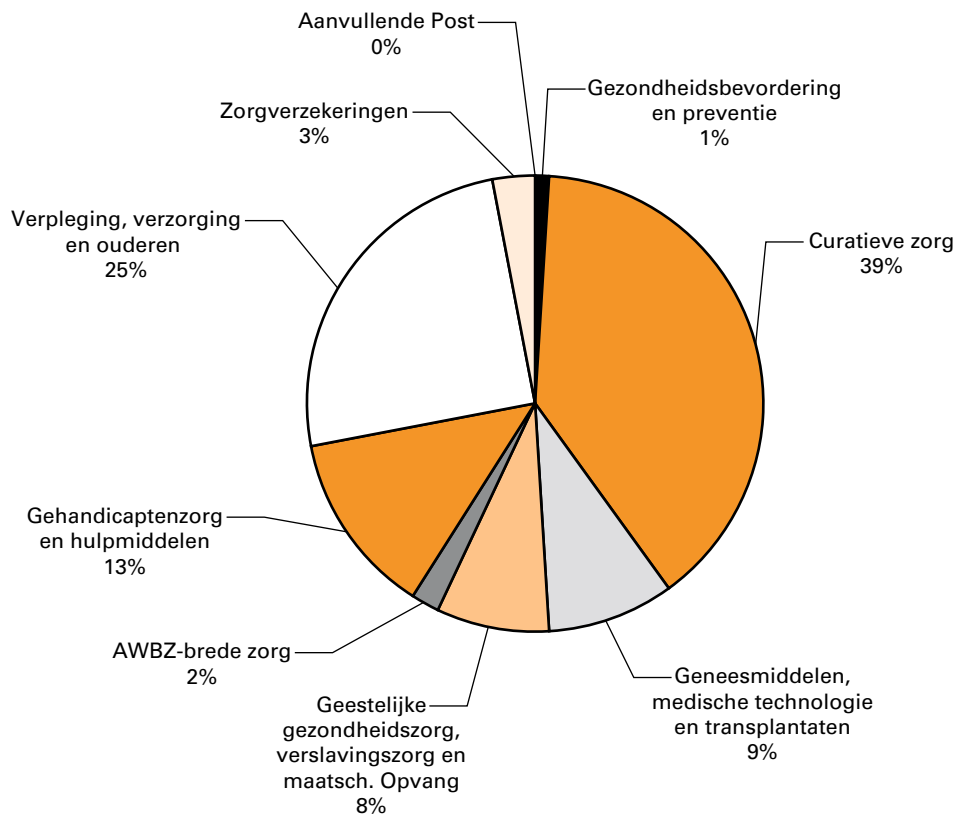
Tabel 6 Meerjarig overzicht van de bruto BKZ-uitgaven in de jaren 2001 t/m 2004 (bedragen in € miljoen)

Sector	Realisatie 2001	Realisatie 2002	Realisatie 2003	Begroot 2004	Voorlopige realisatie 2004
Gezondheidsbevordering en preventie	329,1	349,0	220,5	210,8	237,6
Curatieve zorg	14 748,1	16 541,4	17 321,2	16 714,5	17 600,2
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	3 676,5	4 021,8	4 334,0	4 324,6	4 166,8
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	2 753,3	3 084,6	3 417,9	3 467,5	3 695,9
AWBZ-brede zorg	265,0	413,5	625,7	0	726,2
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	4 361,5	5 006,9	5 562,0	5 672,0	5 921,8
Verpleging, verzorging en ouderen	8 847,3	10 001,0	10 900,1	11 553,8	11 206,8
Zorgverzekeringen	1 265,0	1 275,9	1 284,7	1 259,1	1 255,2
Aanvullende post	0,0	0,1	0,0	887,2	0,0
Totaal	36 245,8	40 694,3	43 666,0	44 089,5	44 810,5

bron: VWS

Figuur 2 toont de verdeling van de gerealiseerde zorguitgaven in 2004 naar de verschillende sectoren. Uit deze figuur wordt de verhouding tussen de verschillende sectoren duidelijk. Een groot deel van de uitgaven wordt besteed aan curatieve zorg, gevolgd door de uitgaven voor verpleging en verzorging.

Figuur 2 Procentuele verdeling bruto BKZ-uitgaven 2004 naar sector



bron: VWS

1.2.8 Bouw

Algemeen

De planning en bouw in de intramurale gezondheidszorg werd in 2004 gereguleerd door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). In de WZV is zowel de uitbreidingsbouw (ook wel volumebouw genoemd) als de instandhoudingsbouw (ook wel nominaal bouw genoemd) geregeld. De WZV kent vergunningenprocedures voor uitbreidingsbouw en instandhoudingsbouw en een meldingsprocedure voor (minder omvangrijke) instandhoudingsbouw. Het belangrijkste uitvoeringsorgaan van het beleid is het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ).

In 2004 is de Wet Toelating Zorginstellingen door de Tweede Kamer aangenomen. Met deze wet zullen er minder regels komen bij het toelaten, plannen, bouwen en instandhouden van instellingen. De behandeling in de Eerste Kamer zal in 2005 plaatsvinden.

Aanjaagteam

Het CBZ heeft ook in 2004 een aanjaagteam ingezet. In 2004 is door het aanjaagteam bij 763 projecten ondersteuning geboden. Het gaat hierbij zowel om projecten waarvan het CBZ heeft geconstateerd dat er vertraging in de ontwikkeling van de bouwplannen is opgetreden, als projecten waarbij door de initiatiefnemer of het zorgkantoor om assistentie is gevraagd. Van de behandelde projecten zijn er 277 een fase verder in de procedure gekomen of afgerond.

In 2004 heeft de nadruk gelegen op het aansporen van instellingen de kwaliteit van huisvesting te verbeteren. Daarnaast is de samenwerking met de zorgkantoren verder uitgebouwd. Zo zijn bezoeken aan instellingen vaak samen met het betreffende zorgkantoor voorbereid en vormgegeven.

Onderzoek functionele kwaliteit in geestelijke gezondheidszorg

Het CBZ heeft in 2004 een onderzoek afgerond naar de functionele kwaliteit van 1 000 verblijfsgebouwen in de intramurale geestelijke gezondheidszorg waar in totaal 19 000 cliënten verblijven. Woningen van algemene psychiatrische instellingen op kleine locaties zijn niet in het onderzoek betrokken. Bij de psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen is een steekproef van 10 gebouwen genomen. Het CBZ heeft aangegeven dat 30% van de verblijfsgebouwen in de intramurale geestelijke gezondheidszorg niet aan de functionele kwaliteitseisen voldoen die momenteel aan nieuwbouw zouden worden gesteld. De kwaliteit van de huisvesting verschilt voor de verschillende circuits. De kinder- en jeugdpsychiatrie is het best gehuisvest, terwijl de huisvestings situatie in de verslavingszorg beneden het gemiddelde ligt. Cliënten die langer dan een jaar in een instelling verblijven zijn gemiddeld beter gehuisvest dan cliënten met een kortere verblijfsduur. In 20 gevallen zijn instellingen die relatief slecht uit het onderzoek naar voren kwamen al benaderd om verbetering te brengen in de huisvestingssituatie.

Privacy in verpleeghuizen

Ook is een forse extra inspanning geleverd om de ruimtelijke privacy in verpleeghuizen te vergroten.

In het begin van het jaar 2004 is een uitvoerige inventarisatie van de problematiek aan de Tweede Kamer gestuurd. Met de Tweede Kamer is afgesproken de inspanningen verder te vergroten om de problematiek van de meerbedskamers op te lossen. Zo zijn alle instellingen die nog meerbedskamers hadden en nog geen plan hadden ingediend om daar een eind aan te maken, aangemoedigd zo snel mogelijk plannen te ontwikkelen en bij het CBZ in te dienen.

Het CBZ heeft in 2004 voor ruim 6900 plaatsen (1100 meer dan in 2003) adviezen en beschikkingen afgegeven voor instandhouding en kwaliteitsverbetering. Veel van deze initiatieven zijn gericht op de problematiek van de nog aanwezige meerbedskamers op te lossen.

Op 1 januari 2004 woonden nog 20 200 mensen op drie- of meerbedskamers. Op 31 december 2004 was dit aantal afgenomen tot 18 700. Dit is een snellere afbouw dan in de voorgaande jaren.

Gezien de intensivering van de inspanningen in bouwvoorbereiding wordt verwacht dat de feitelijke afname van het aantal plaatsen in meerbedskamers de komende jaren zal doorzetten.

Uitbreidingsbouw

Met uitbreidingsbouw kan extra productie gerealiseerd worden. Tabel 7 geeft een overzicht van de toename van de exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige uitbreidingsbouw in 2003 en 2004 ten opzichte van het jaar 2002.

Tabel 7 – Exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige uitbreidingsbouw (cumulatief), bedragen in € miljoen

	Actuele stand		Begroting 2004	
	2003	2004	2003	2004
sector				
Ziekenhuizen ¹	4,0	7,8	13,7	19,8
Verpleeghuizen ²	32,5	59,0	29,0	56,6
Geestelijke gezondheidszorg	23,2	45,6	26,3	40,7
Gehandicaptenzorg ³	0,0	5,5	7,7	19,6
Totaal	59,7	117,9	76,7	136,7

prijsspeil 31 december 2003⁴

¹ excl. academische ziekenhuizen

² excl. verzorgingshuizen

³ incl. gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven.

⁴ Omdat het CTG nog niet alle exploitatiegevolgen van vergunningsplichtige uitbreidingsbouw in de budgetten verwerkt heeft, betreft het hier een raming.

Bron: VWS

Instandhoudingsbouw

De instandhoudingsbouw bestaat uit twee groepen: WZV-vergunningsbouw en meldingen. Binnen de meldingen maken we onderscheid tussen jaarlijkse instandhoudingsinvesteringen (onderhoud) en incidentele instandhoudingsinvesteringen (renovatie). Voor de jaarlijks instandhoudingsinvesteringen ontvangen de instellingen jaarlijks een bedrag in het budget. Voor 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 toegevoegd. Tabel 8 geeft een overzicht van de aantallen meldingen in 2003 en 2004 en de bijbehorende investeringsbedragen.

Tabel 8: Jaarlijkse en incidentele meldingen* 2003 en 2004 per sector

	Verpleeghuizen		Gehandicaptenzorg		Geestelijke Gezondheidszorg		Ziekenhuizen		Totaal	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Aantallen										
Jaarlijkse meldingen	87	87	97	101	46	45	67	72	297	305
Incidentele meldingen	155	124	108	88	59	47	143	133	465	392
Totaal	242	211	205	189	105	92	210	205	762	697
Investeringsbedragen in € miljoen										
Jaarlijkse meldingen	22,7	16,7	29,6	28,1	23,3	28,4	52,0	53,5	127,6	126,6
Incidentele meldingen	47,4	53,2	72,0	79,7	77,8	38,6	316,2	273,4	513,4	445,1
Totaal	70,1	69,9	101,6	107,8	101,1	67,0	368,2	326,9	641,0	571,7

* positief getoetste meldingen

Bron: CBZ

In de WZV-vergunningenbouw zijn in 2004 alle bouwprogramma's geactualiseerd. Voor de ziekenhuizen is in september een nieuwe bouw-prioriteitenlijst gepubliceerd.

Behalve de jaarlijkse instandhoudingsprojecten zullen de bouwprojecten waartoe in 2004 is besloten voor het overgrote deel pas na 2004 afgerond worden. Dus zullen ook pas na 2004 de exploitatiegevolgen van deze projecten in de budgetten verwerkt worden. Evenzo zijn de bedragen die aan de budgetten 2003 en 2004 worden toegevoegd het gevolg van investeringsbeslissingen uit de jaren daarvoor. Tabel 9 geeft een overzicht van de vergunningsplichtige instandhoudingsbouw in 2003 en 2004 ten opzichte van 2002.

Tabel 10 geeft een overzicht van de toename van de exploitatielasten ten gevolge van benutting van trekkingsrechten.

Tabel 9 – Exploitatielasten ten gevolge van vergunningsplichtige instandhoudingsbouw (cumulatief), prijspeil 31 december 2003¹

bedragen in € miljoen	Actuele stand		Begroting 2004	
	2003	2004	2003	2004
Sector				
Ziekenhuizen ²	6,3	41,7	20,7	73,7
Verpleeghuizen ³	28,2	67,2	29,7	69,1
Geestelijke gezondheidszorg	3,6	13,8	- 6,0	5,6
Gehandicaptenzorg ⁴	25,2	39,2	30,9	55,8
Totaal	63,3	161,9	75,3	204,2

¹ Omdat het CTG nog niet alle exploitatiegevolgen van vergunningsplichtige instandhoudingsbouw in de budgetten verwerkt heeft, betreft het hier een raming.

² excl. academische ziekenhuizen

³ excl. verzorgingshuizen

⁴ Incl. gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven.

Bron: VWS

Tabel 10 – Exploitatiegevolgen benutting trekkingsrechten (cumulatief), prijspeil 31 december 2003¹

bedragen in € miljoen	Actuele stand		Begroting 2004	
	2003	2004	2003	2004
Geraamde benutting trekkingsrechten	188	289	205	325

Bron: VWS

¹ Omdat het CTG nog niet alle exploitatiegevolgen van meldingsbouw in de budgetten verwerkt heeft, betreft het hier een raming.

1.3 Ontvangsten, uitgaven en vermogens van de zorgfondsen (AWBZ en ZFW)

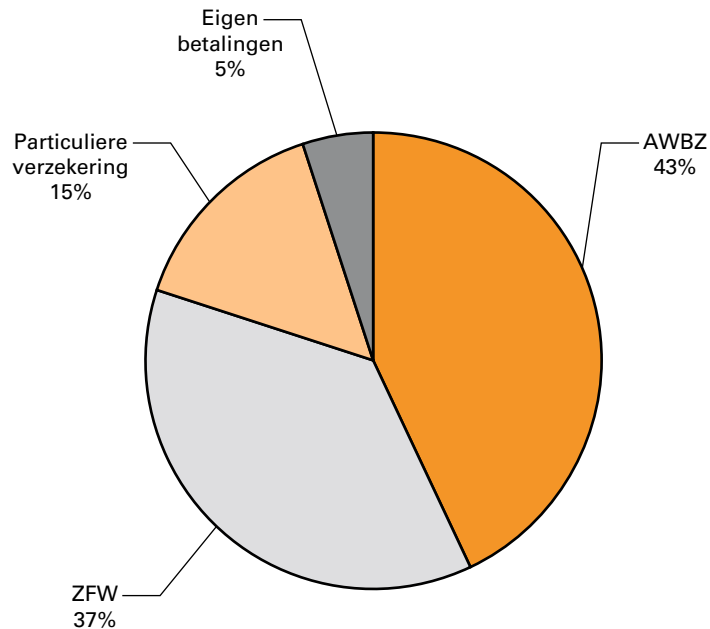
1.3.1 Financiering van de uitgaven in 2004

De financiering van de zorguitgaven laat zich in een viertal categorieën onderverdelen. Tabel 11 geeft deze verdeling in cijfers weer en Figuur 3 laat de verhouding tussen de verschillende financieringsbronnen zien.

Tabel 11 Zorguitgaven 2004 naar financieringsbron

	(bedragen in € miljard) 2004
AWBZ	19 404,6
ZFW	16 510,0
Particuliere verzekering	6 692,5
Eigen betalingen	2 203,4
Totaal	44 810,5

Bron: VWS

Figuur 3 Zorguitgaven 2004 naar financieringsbron (in percentages)

Bron: VWS

1.3.2 Ontvangsten, uitgaven en vermogens van de zorgfondsen (AWBZ en ZFW)

Tabel 12 geeft een overzicht van de premies AWBZ en ZFW voor de jaren 2002 tot en met 2004. De procentuele premies voor de AWBZ en de ZFW voor 2004 zijn kort na het verschijnen van de Begroting 2004 vastgesteld op het niveau dat in de Begroting 2004 was vermeld. Voor de AWBZ was dat 13,25%. Per 1 juli 2004 is de AWBZ premie verhoogd naar 13,55%. In onderstaande tabel staat de gemiddelde premie over 2004. De nominale premie voor de ZFW wordt door de individuele ziekenfondsen vastgesteld. Gemiddeld is deze in het jaar 2004 uitgekomen op € 308 per volwassen verzekerde, € 48 lager dan ten tijde van de Begroting 2004 werd verwacht. Deze bijstelling betreft voor € 25 het lager vaststellen van de nominale rekenpremie door het kabinet op basis van het Najaarsakkoord en voor € 23 het beleid van individuele ziekenfondsen.

Tabel 12 – Ontwikkeling premies voor de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

	2002	2003	2004
ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN procentuele premie (in %)	10,25	12,30	13,40
ZIEKENFONDSWET procentuele premie (in %)	7,95	8,45	8,00
nominale premie (in €)	181	356	308

bron: VWS

De in tabel 13 opgenomen bijstellingen bij het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten (AFBZ) in 2003 betreffen louter het vermogen en het vermogenssaldo. Deze bijstelling resulteert uit verwerking van het jaarverslag van het CVZ van de inschatting van nog te ontvangen en te betalen bedragen. Hierdoor muteren zowel het feitelijk vermogen als het normvermogen, zodat de bijstelling bij het vermogenssaldo veel kleiner is dan de bijstelling van het vermogen.

De uitgaven van het AFBZ in 2004 zijn met € 0,4 miljard opwaarts bijgesteld. Deze bijstelling maakt deel uit van de uitgavenontwikkeling die in de voorgaande paragraaf is toegelicht. De inkomsten van het AFBZ komen in 2004 € 0,6 miljard lager uit voornamelijk als gevolg van lagere premieontvangsten. Ook is een neerwaartse bijstelling van de eigen bijdragen verwerkt. De ontwikkelingen bij inkomsten en uitgaven leiden tot een € 1,0 miljard lager exploitatiesaldo dan in de Begroting 2004. Het vermogen van het AFBZ komt per ultimo 2004 € 1,6 miljard lager uit dan in de Begroting 2004. Deze daling valt voor € 0,5 miljard te verklaren uit de ontwikkeling van het vermogen per ultimo 2003. Daarnaast resulteert € 1,0 miljard uit het exploitatiesaldo in 2004. Het vermogenssaldo laat een vergelijkbaar verloop zien als het vermogen. Het vermogenssaldo verslechtert met € 2,2 miljard als gevolg van een € 1,6 miljard lager vermogen en een € 0,5 miljard hoger normvermogen.

Tabel 13 Uitgaven, ontvangsten en vermogen AFBZ (Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten) in 2003 en 2004

In € miljard	2003	2004
Uitgaven Zorgnota 2003	19,3	
Uitgaven Begroting 2004		20,8
Uitgaven Jaarbeeld Zorg 2003	20,2	
Uitgaven Jaarverslag 2004	20,2	21,2
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	0,4
Inkomsten Zorgnota 2003	20,7	
Inkomsten Begroting 2004		23,8
Inkomsten Jaarbeeld Zorg 2003	19,7	
Inkomsten Jaarverslag 2004	19,7	23,2
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	- 0,6
Exploitatiesaldo Zorgnota 2003	1,5	
Exploitatiesaldo Begroting 2004		3,0
Exploitatiesaldo Jaarbeeld Zorg 2003	- 0,5	
Exploitatiesaldo Jaarverslag 2004	- 0,5	2,0
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	- 1,0
Vermogen Zorgnota 2003	- 1,3	
Vermogen Begroting 2004		0,2
Vermogen Jaarbeeld Zorg 2003	- 5,0	
Vermogen Jaarverslag 2004	- 3,3	- 1,4
Vershil t.o.v. vorige stand	1,7	- 1,6
Vermogenssaldo Zorgnota 2003	- 1,6	
Vermogenssaldo Begroting 2004		- 0,4
Vermogenssaldo Jaarbeeld Zorg 2003	- 5,5	
Vermogenssaldo Jaarverslag 2004	- 4,6	- 2,5
Vershil t.o.v. vorige stand	0,9	- 2,2

bron: VWS

Zoals blijkt uit tabel 14 zijn voor het jaar 2003 bij de uitgaven van de Algemene Kas ZFW geen bijstellingen meer verwerkt ten opzichte van het Jaarbeeld Zorg 2003. Er zijn nog wel bijstellingen verwerkt bij de inkomsten (lagere premies), het vermogen en daarmee het vermogenssaldo. Deze bijstellingen hangen samen met de inschatting van het CVZ van nog te ontvangen en te betalen bedragen.

Voor 2004 zijn de uitgaven van de Algemene Kas € 0,5 miljard hoger uitgekomen dan geraamd in de Begroting 2004. Dit hangt voor € 0,2 miljard samen met het hoger vaststellen van de bijdrage aan de verzekeraars in verband met het lager vaststellen van de nominale rekenpremie. Het resterende verschil betreft het deel van de hogere ziekenfondsuitgaven dat ten laste van de Algemene Kas komt. De inkomsten in 2004 komen naar verwachting € 0,1 miljard lager uit dan het in de Begroting 2004 geraamde niveau. Dit betreft het saldo-effect van hogere rijksbijdragen en lagere premieontvangsten en een negatiever resultaat bij de uitgaven en inkomsten op grond van internationale verdragen. De bijstellingen in uitgaven en inkomsten leiden per saldo tot een exploitatiesaldo dat € 0,6 miljard lager uitkomt dan geraamd in de Begroting 2004. Het vermogen van de Algemene Kas komt € 1,5 miljard lager uit dan was geraamd in de Begroting 2004. Dat is met name het gevolg van een verslechtering van het vermogen per ultimo 2003 ten opzichte van de raming in de Begroting 2004 en de verslechtering van het exploitatiesaldo 2004. Het vermogenssaldo komt € 1,0 miljard lager uit dan geraamd in de Begroting 2004. Dit is een effect van het € 1,5 miljard lagere vermogen en een € 0,5 miljard lager normvermogen.

Tabel 14 Uitgaven, ontvangsten en vermogen Algemene Kas ZFW in 2003 en 2004

in € miljard	2003	2004
Uitgaven Zorgnota 2003	13,5	
Uitgaven Begroting 2004		14,0
Uitgaven Jaarbeeld Zorg 2003	13,6	
Uitgaven Jaarverslag 2004	13,6	14,5
Vershil t.o.v. vorige stand	0,0	0,5
Inkomsten Zorgnota 2003	13,8	
Inkomsten Begroting 2004		13,4
Inkomsten Jaarbeeld Zorg 2003	13,8	
Inkomsten Jaarverslag 2004	13,5	13,3
Vershil t.o.v. vorige stand	- 0,3	- 0,1
Exploitatiesaldo Zorgnota 2003	0,3	
Exploitatiesaldo Begroting 2004		- 0,6
Exploitatiesaldo Jaarbeeld Zorg 2003	0,2	
Exploitatiesaldo Jaarverslag 2004	- 0,1	- 1,2
Vershil t.o.v. vorige stand	- 0,3	- 0,6
Vermogen Zorgnota 2003	0,2	
Vermogen Begroting 2004		- 0,6
Vermogen Jaarbeeld Zorg 2003	- 0,3	
Vermogen Jaarverslag 2004	- 0,6	- 2,0
Vershil t.o.v. vorige stand	- 0,3	- 1,5
Vermogenssaldo Zorgnota 2003	1,4	
Vermogenssaldo Begroting 2004		0,8
Vermogenssaldo Jaarbeeld Zorg 2003	1,2	
Vermogenssaldo Jaarverslag 2004	0,8	- 0,2
Vershil t.o.v. vorige stand	- 0,4	- 1,0

bron: VWS

1.4 Gebruikte informatiebronnen en wijze van gegevensverzameling

Inleiding

De financiële informatievoorziening in de zorg komt tot stand door getrapte aanlevering: verzekeraars, instellingen en individuele beroepsbeoefenaren leveren gegevens aan bij de zogenoemde gegevensleveranciers, die op hun beurt de geaggregeerde gegevens aanleveren bij VWS. Hieronder beschrijven we per gegevensleverancier de informatie die zij hebben verstrekt.

Voor de bepaling van de uitgaven onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ) zijn in eerste instantie de financieringscijfers, dat wil zeggen de gegevens over de schadecijfers van de uitvoerders van de ZFW en de AWBZ en de schade in het 2e compartiment van de particulier verzekerden, van belang. In de bijlage Financieel Beeld Zorg is de ontwikkeling van deze schadelast opgenomen. Daarnaast is bij de financiële tabellen in de beleidsartikelen van dit Jaarverslag een aansluiting gemaakt met de budgetgegevens van het CTG.

Om de zorguitgaven in mei 2005 in het Jaarverslag te kunnen presenteren, hebben de gegevensleveranciers de financiële gegevens begin maart 2005 aangeleverd. De consequentie van de vroegtijdige levering en presentatie van cijfers over 2004 in het Jaarverslag is dat deze grotendeels een voorlopig karakter hebben.

College voor zorgverzekeringen (CVZ)

De rapportage van het CVZ aan VWS is gebaseerd op gegevens van de ziekenfondsen, het Centraal Administratiekantoor (CAK) en de zorgkantoren. Alle ziekenfondsen hebben hun rapportage over de schadecijfers 2004 vóór 1 maart 2005 uitgebracht. Deze zijn opgenomen in de rapportage van het CVZ. De financieringscijfers over de AWBZ zijn voor het grootste deel gebaseerd op de bevoorschotting door het CAK. Ook deze cijfers worden via het CVZ ontvangen. Ten slotte is een klein deel van de rapportage van het CVZ over de AWBZ gebaseerd op gegevens van de zorgkantoren.

Vektis

Gegevens over particulier verzekerden zijn gebaseerd op het Statistiek Informatiesysteem van Vektis (STAT). Voor het Jaarverslag 2004 is uitgegaan van de gegevens die in maart 2005 over de realisatie 2003 en 2004 beschikbaar waren. De dekking van de gegevens van Vektis bedraagt na twee jaar (over 2003) circa 93% van de particulier verzekerden. Vektis schat de zorguitgaven bij voor ontbrekende verzekerden en uitloopschade (met name 2004).

Voor een aantal sectoren wordt de ontwikkeling van de schadelast in het 2e compartiment van de particulier verzekerden met behulp van een rekenregel gebaseerd op de ontwikkeling van de schadelast van de ziekenfondsen en de ontwikkeling van het aantal verzekerden, zoals het CVZ deze aan VWS heeft opgegeven.

College tarieven gezondheidszorg (CTG)

De budgetgegevens van het CTG geven voor de gebudgetteerde sectoren, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, een verklaring voor het niveau van de schadelast.

De budgetten zijn onder meer gebaseerd op de productieafspraken die de instellingen hebben gemaakt met de zorgverzekeraars. De budgetten van het CTG bevatten nog niet de informatie die later met de definitieve ncalculatie beschikbaar komt. De door het CTG geleverde cijfers zijn voorzien van een analyse van de budgetmutaties tussen 2003 en 2004. Naast de budgetstanden heeft het CTG in maart 2005 gegevens geleverd over de gerealiseerde productie in de periode 2000–2003, aangevuld met productieafspraken 2004.

In de tabellen met de zorguitgaven in de beleidsartikelen 21 t/m 27 en 31 zijn deze budgetgegevens weergegeven. De budgetten zijn gecorrigeerd voor het niveau van de kapitaallasten omdat de kapitaallasten voor de gerapporteerde jaren nog niet door het CTG zijn nagecalculeerd. In plaats daarvan is voor de kapitaallasten een raming in de budgetten verwerkt die gebaseerd is op de verleende vergunningen voor uitbreidings- en instandhoudingsbouw, en de positief getoetste meldingen van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.

2. Bevindingen Algemene Rekenkamer 2003

Bevindingen	Conclusie	Aanbeveling	Stand van zaken Ultimo 2004
In 2003 is veel gedaan om het subsidiebeheer te verbeteren; de interne controle is versterkt, er zijn verbeterplannen opgesteld en uitgevoerd. Daarnaast zijn plannen voorbereid om het subsidiebeleid te vernieuwen, waardoor ook het beheer eenvoudiger kan.	Er is tijd nodig om de tekortkomingen weg te nemen. Ook in 2003 zijn er onrechtmatigheden en onzekerheden ten gevolge van verkeerde beheershandelingen of onvoldoende kwaliteit van de wetgeving.	Aandacht geven aan de voortgang van het verbeteringsproces. Attentiepunten zijn verder onder meer: <ul style="list-style-type: none"> • tijdigheid van het ontvangen van aanvragen en afwikkeling van aanvragen en verleningen; • onderbouwing van de subsidieaanvraag; • het ontwikkelen van een controlebeleid; • uitvoeren van een strikter sanctiebeleid. 	VWS heeft gewerkt aan verbetering: betere registratie, actualisatie van standaardbrieven, ontwikkeling van formats voor instellingen -werkgroep voor aanpassing subsidieregeling is gestart. Resultaat per 1 januari 2006.
De Wet jeugdhulpverlening biedt onvoldoende waarborgen voor de vaststelling van de volledigheid van de ouderbijdragen. De nieuwe Wet op de jeugdzorg, die een oplossing biedt voor dit probleem, is uitgesteld tot 1 januari 2005.	De volledigheid van de ouderbijdragen is onzeker.		Invoering per 1 januari 2005. Informatieprotocol opgesteld door DJB.
De Tijdelijke regeling vroegsignalering biedt onvoldoende controle mogelijkheden. Er is achterstand bij het afrekenen.	Een onvokomenheid in de Trv. Er is risico op onrechtmatigheid van de afrekening	Maatregelen nemen in 2004 om de rechtmatigheid van de afrekeningen te verzekeren.	In overleg met de AR is aanpak gekozen om afrekening rechtmatig te laten verlopen.
De inkoopprocedures en het contractbeheer worden nog niet goed nageleefd. Er zijn plannen gemaakt voor het actualiseren en optimaliseren van de procedures. November 2003 is ook een Bureau inhuur externen met de werkzaamheden gestart.	In 2003 is er weinig voortgang gemaakt met de noodzakelijke verbeteringen in het inkoopproces.	Blijvende betrokkenheid van de leiding en het Audit Committee bij het uitvoeren van de plannen uit de bedrijfsvoeringsagenda, zoals het actualiseren en optimaliseren van het inkoopproces.	– resultaten project optimalisatie gepresenteerd in AC van juni 2004 – Door de Ambtelijke Staf is opdracht gegeven voor pilot Eenheid Inkoop.
Het ministerie dekt alle informatieprocessen op een standaardbeveiligingsniveau af. De dienstonderdelen moeten nu nog eigen informatiebeveiligingsplannen realiseren.	Het Voorschrift Informatiebeveiliging Rijksdienst is nog niet volledig ten uitvoer gebracht.	Meer prioriteit geven aan het schrijven en implementeren van informatiebeveiligingsplannen.	Pilot binnen DG Voedselveiligheid is afgerond. Implementatie bij overige directies volgt in 2005.
De directies hebben verbeterplannen opgesteld en uitgevoerd om de financiële processen te verbeteren; de administratieve organisatie van een aantal belangrijke processen wordt geactualiseerd en geoptimaliseerd. De tijdigheid en zorgvuldigheid bij het betalen van facturen laat nog te wensen over. De controle op de garantie-administratie is nog niet afgerond.	De ordelijkheid en controleerbaarheid van de administraties kunnen nog worden verbeterd.	Betrokkenheid van de leiding en het Audit Committee bij het uitvoeren van de plannen uit de bedrijfsvoeringsagenda.	Bedrijfsvoeringsagenda wordt gevolgd door pSG.

Bevindingen	Conclusie	Aanbeveling	Stand van zaken Ultimo 2004
De taakverdeling tussen de verschillende afdelingen, die te maken hebben met het materieelbeheer is onduidelijk.	De registratie van de roerende goederen is niet op orde.	Aangepast uitvoeringsbesluit Materieelbeheer VWS van kracht verklaren en ten uitvoer brengen.	Aangepast uitvoeringsbesluit Materieelbeheer is gereed. Uitvoering wordt gemonitord door FEZ.
Het agentschap NVI heeft gedurende het jaar 2003 een onordelijke administratie en financieel beheer gehad.	De jaarrekening van het NVI heeft een oordeelsonthouding gekregen.		– verbeteringen lopen onder toezicht van FEZ. In oktober 2004 zijn adviesbrieven van AD over NVI en RIVM verschenen. Voortgang is voldoende
Vaak ontbreekt in (begroting en) jaarverslag informatie over effecten van het beleid en over geleverde prestaties.	Het verwezenlijken van een geheel VBTB-conforme begroting en jaarverslag is een aandachtspunt. Het zal nog de nodige inspanning vergen.	De specificatie (in indicatoren en streefwaarden) van de beoogde beleidseffecten en de te leveren prestaties in begroting verbeteren. Het jaarverslag moet daarop aansluiten. Bij het Ministerie van VWS is daarbij van belang om helder aan te geven wat de verantwoordelijkheid is van de minister en wat van anderen.	– In begroting 2005 zijn de artikelen 22/curatieve zorg, 25/awbz brede zorg en 31/zorgverzekeringen verdiept op VBTB-aspecten.
Het Agentschap CBG had in 2002 een accountantsverklaring met beperking bij de jaarrekening vanwege de onzekerheid over de juistheid van de materiële activa.	De onzekerheid is weggenomen.		

3. Bijlage ZBO's en RWT's

Overzicht realisatie van de ramingen in de begroting bedragen x € 1 000			
Art.	Naam	Realisatie 2004	Raming 2004
<i>Uit begrotingsmiddelen</i>			
21	Zon	7 046	6 870
30	Patiëntenfonds	1 824	1 775
36	PUR	28 329	32 007
36	Comm Oorlogsgetroffenen	697	400
36	ZBO's TTW	3 018	3 458
98	CCMO	962	1 009
		Realisatie 2003	Raming 2003
<i>Uit premiemiddelen</i>			
31	Ziekenfondsen	467 956	468 880
31	Uitvoeringsorganen AWBZ	114 473	105 510
31	CAK	20 945	25 370
31	CVZ	32 370	31 946
31	CTZ	7 161	7 170
31	CTG	10 331	10 238
31	CBZ	13 074	12 967
31	CSZ	2 221	2 712
31	SUO	5 363	2 639

Voor eventuele bijzonderheden in de relatie met de ZBO/RWT wordt verwezen naar het desbetreffende artikel.

4. Afkortingenlijst

AC	Audit Committee
AD	Audit dienst
ADL	Activiteiten van het dagelijkse leven
AFBZ	Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten
AFS	Anne Frank Stichting
agio	Assistenten-geneeskundige in opleiding
aids	acquired immune deficiency syndrome
AMK	Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
ANGO	Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie
anw	avond, nacht, weekend
ANW	Algemene nabestaandenwet
AOR	Algemene Oorlogsongevallenregeling Indonesië
AOW	Algemene Ouderdomswet
APE	Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv
APV	Algemene productveiligheidsrichtlijn
AR	Algemene Rekenkamer
ARBO	arbeidsomstandigheden
A-topsporters	Topsporters op wereld- en Olympisch niveau
AVVV	Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede Zorgregistratie
BDU	Brede Doeluitkering
BIE	Bureau Inhuur Externen
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Bikk	Bijdrage in de kosten van kortingen
BJZ	Bureau jeugdzorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BII	Beroepsbegeleidende leerweg
BoI	Beroepsopleidende leerweg
BOGIN	branche-organisatie van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland
Bopz	Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
bos	buurt, onderwijs en sport
BSE	Boviene Spongiforme Encéfalopathie
BSE/TSE	Bovine spongiforme Encephalopathy/transmissible spongiforme encephalopathiën
BSN	burgerservicenummer
btw	belasting op de bruto toegevoegd waarde
BVK	Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
C&V	Stichting Consument en Veiligheid
C2000	Een nieuw digitaal radionetwerk voor de mobiele communicatie van de Nederlandse hulpverleningsdiensten.
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBP	Centraal Planbureau
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
CGB	Commissie Gelijke Behandeling
CGR	Stichting Code Geneesmiddelenreclame
CG-raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, agentschap
CIPI	Code Indeling Prestatie-Indicator
CIVIQ	Civil society Instituut Vrijwillige Inzet Quality
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CNV	Christelijk Nationaal Vakverbond
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CSG	College Sociale Geneeskunde
CSZ	Curatieve Somatische Zorg
CtC	Community's that Care
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTG/ZAio	College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
daktp	difterie-, acellulair kinkhoest-, tetanus- en poliovaccin
DaKTPHib	difterie-, acellulair kinkhoest-, tetanus- en polio Haemophilus influenzae type b-bacterie
dbc	diagnose-behandelcombinatie
DCC	Dutch Cochrane Center
DG	Directeur-Generaal
DHW	Drank- en Horecawet
DIS	DBC-Informatiesysteem
DJB	Directie Jeugdbeleid
DKTP	difterie-, kinkhoest-, tetanus- en poliovaccin
DLB	Lokaal Beleid, directie -
DMV	Deelname Maatschappelijk Verkeer
DoCoNed	Doping Controle Nederland
EG	Europese Gemeenschap
EIM/IOO	Economisch Instituut voor het Midden- en Kleinbedrijf/ Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven
EMEA	European Medicines Evaluation Agency (Europees Bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling)
EU	Europese Unie
EURCA	EUropean Resource Centre for Alternatives to using animals in higher education
EZ	Ministerie van Economische Zaken
fb	functiegerichte budgettering
FEZ	Financieel Economische Zaken
FLASH	Fietsen Lopen Actief spelen Sporten Huishouden
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
FPU	regeling Flexibel Pensioen en Uittreding
fte	fulltime equivalent
G26	26 gemeenten in Nederland
G30	30 gemeenten in Nederland
G4	Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht
GBA	Gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggo	genetisch gemodificeerde organismen
ggz	geestelijke gezondheidszorg
ggzn	ggz Nederland
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

GR	Gezondheidsraad
GSB	Groot Stedenbeleid
GVS	Geneesmiddelen VergoedingsSysteem
GZ	Gehandicaptenzorg
hbo	hoger beroepsonderwijs
HHM	Hoekstra, Homans & Menting
hiv	humaan immunodeficiëntie virus
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HOZ	herziening overeenkomstenstelsel zorg
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
IB	Inkomstenbelasting
IB-groep	Informatie Beheer Groep
ic	intensive care
ICES/KIS	Interdepartementale Commissie voor Economische Structuurversterking/Kennisinfrastructuur
ict	informatie- en communicatietechnologie
ID	Instroom/doorstroom
IGLO	Intergemeentelijk Lokaal Ouderenbeleid
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IHR	international health regulations
IKG	Informatie- en klachtenbureau Gezondheidszorg
IPO	interprovinciaal overleg
ITF	International Task Force
IVF	In vitro fertilisatie
IZ	Internationale Zaken
JGZ	jeugdgezondheidszorg
JMW	Stichting Joods Maatschappelijk Werk
JONG	Jeugdbeleid Overheid Nu Gezamenlijk
KAG	Keuringsraad Aanprijzing Gezondheidsproducten
KDC	Kinderdagcentra
KIM	Kennis, Innovatie en Meedoen
KLM NV	Koninklijke Luchtvaart Maatschappij Naamloze Vennoetschap
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KPMG	Klynveld, Peat, Marwick en Goerdeler
KvW	Keuringsdienst van Waren
LCMR	Landelijke Centrale Middelen Registratie
LCO	Landelijk Centrum Opbouwwerk
Lesa	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LNV	Ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Voedselkwaliteit
LVT	Landelijke Vereniging voor de Thuiszorg
LvTC	Landelijke vereniging van Traumacentra
LZD	Landelijk Zorgprogramma Dementie
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (werkgroep -)
MEE	Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking
mmt	mobiel medische team
mo	maatschappelijke opvang

MOBG	Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg
Mogroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
MRSA	Methicilline-resistente Staphylococcus aureus
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
MTOS+	Major Trauma Outcome Study
MvF	Ministerie van Financiën
NCA	Nationaal Centrum Alternatieven voor dierproeven
NebasNsg	Nederlandse Bond voor Aangepast Sporten
NeCeDo	Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken
Nefarma	Nederlandse Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
NIBRA	Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampen- bestrijding
NICAM	Nederlands Instituut voor Classificatie van Audiovisuele Media
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NICU	neonatale intensive care unit
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheids- zorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NJR	Nationale Jeugdraad
NKI	Nederlands Kanker Instituut
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
np	nurse practitioner
NPCG	Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten
NPG	Nationaal Programma Grieppreventie
NPO	Nationaal Prevalentie Onderzoek
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezond- heidskunde
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onder- zoek
OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OMS	Orde van Medisch Specialisten
OTS	Ondertoezichtstelling
ODVB	Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende beroepen ¹
ovdb	opnamevervangende deeltijdbehandeling
P&M	personeel & materieel
pa	physician assistant
PAAZ	Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen
pgb	persoonsgebondenbudget
PGO-fonds	fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen
PICE	Registratie pediatrie intensive care-evaluatie

¹ Dit is een oudere omschrijving. Nu heet het «Kenniscentrum voor leren in de praktijk in de sectore Gezondheidszorg, Welzijn, Sport en Dienstverlening»

PICU	pediatrische intensive care units
pkb	persoonlijk kilometerbudget
PPCZ	Patiënten panel Chronisch Zieken
PPS	Platform voor Publiekprivate samenwerking
pSG	plaatsvervangend Secretaris-Generaal
pu	periodieke uitkeringen
PUR	Pensioen- en uitkeringsraad
RAV	regionale Ambulancevoorzieningen
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIC	Rijksbegrotings-informatiecentrum
RINIS	Routerings Instituut (inter)Nationale Informatiestromen, stichting
RIO	Regionale Indicatieorgaan
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RPCP	Regionale Patiënten/Consumenten Platform
Rsu	regeling specifieke uitkering
Rsu-jgz	regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg
RTE	Regionale toetsingscommissie euthanasie
RvE	Raad van Europa
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RWT	rechtspersoon met een wettelijke taak
SAIP	Stichting Administratie Indonesische Pensioenen
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
seh	spoedeisende hulp
SEO	Stichting Economisch Onderzoek
SEV	Stuurgroep experimenten volkshuisvesting
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
soa	seksueel overdraagbare aandoening
SOV	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden
STAT	Statistiek Informatiesysteem van Vektis
Stb	Staatsblad
Stcrt.	Staatcourant
SUO	Stichting uitvoering omslagregelingen
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SVM	Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
tbs	Terbeschikkingstelling
Tbu	Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven
thc	tetrahydrocannabinol
TK	Tweede Kamer
TNO-PG	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek/Preventie en Gezondheid
TNS NIPO	Taylor Nelson Sofres plc/Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie
TPG	TNT Post Groep
TRIP	TransfusieReacties in Patiënten
Trv	Tijdelijke regeling vroegsignalering
TSV	Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk
TTW	Tegoeden Tweede Wereldoorlog
TVWMD	Tijdelijke verstrekkingwet maatschappelijke dienstverlening

umc	universitair medisch centra
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatienummer
VBTB	Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording
VEKTIS	Landelijk informatiecentrum van de zorgverzekeraars
VenV	Verpleging en Verzorging, sector -
Verdiwel	Vereniging van Directeuren van lokale Welzijnsorganisaties
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
vgv	vrouwelijke genitale verminking
VIKC	Vereniging van Integrale Kankercentra
VIZI	Virtuele Integratie van ZorgInformatie
VLO	Verbetering Levensomstandigheden
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
vo	vrouwenopvang
Vpb	Vennootschapsbelasting
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VS	Verenigde Staten
vve	voor- en vroegschoolse educaties
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WADA	Wereld Anti Doping Agentschap
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheid
Waz	Wet afbreking zwangerschap
Wbmv	Wet bijzondere medische verrichtingen
Wbo	Wet bevolkingsonderzoek
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
Wez	Wet exploitatie zorginstellingen
Wfv	Wet financiering volksverzekeringen
Wgbh/Cz	Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte
Wgbo	Wet geneeskundige behandelovereenkomst
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
WILL	Welzijn Informatie Landelijk en Lokaal
Wkcz	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
Wmcz	Wet Medezeggenschap Cliënten Zogsector
Wmg	Wet Marktordening Gezondheidszorg
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Wmo	Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
WOII	Tweede Wereldoorlog
Wpb	Wet buitengewoon pensioen 1940–1945
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg
Wtg-ExPres	Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wubo	Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945
Wuv	Wet uitkeringen vervolgingssslachtoffers 1940–1945
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
Wzt	Wet op de zorgtoeslag
Wzv	Wet ziekenhuisvoorzieningen
X-s2	Kennisnetwerk Sociaal Beleid
zbc	zelfstandige behandelcentra
zbo	zelfstandig bestuursorgaan
Zfw	Ziekenfondswet
ZIN	Zorg Identificatie Nummer

ZIS	ZiekenhuisInformatiesysteem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZON	Zorg Onderzoek Nederland
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen
ZORG-IS	Zorg Informatiesysteem
Zvw	Zogverzekeringwet

5. Trefwoordenregister

Administratieve lasten 21, 49, 55, 92, 99, 104, 107, 110, 113, 114, 116, 119, 135, 168
Alcohol 30, 64, 65, 66
Ambulance 15, 42, 43, 49, 50, 207, 210
Arbeidsmarkt 5, 42, 60, 76, 87, 88, 98, 100, 169
Arbeidsproductiviteit 100
AWBZ 5, 12, 13, 14, 15, 24, 32, 59, 60, 61, 62, 63, 70, 71, 72, 74, 76, 77, 79, 83, 86, 89, 90, 109, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 161, 167, 169, 173, 175, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 198, 199, 200, 202, 203, 205, 206
Benchmark 23, 34, 45, 93, 118, 127, 159
Betaalbaarheid 6, 12, 14, 21, 45
Bewegen 19, 30, 31, 138, 139, 209
Biotechnologie 51, 56, 57
BKZ 10, 167, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 202, 206
Breedtesport 20, 137, 138, 139
Care 14, 17, 46, 48, 62, 76, 78, 85, 92, 105, 107, 129, 160, 163, 188, 207, 208, 209, 210
Consumenten 26, 27, 36, 38, 44, 54, 93, 109, 110, 210
Cure 49, 105, 107, 111
DBC 13, 23, 33, 40, 41, 45, 47, 48, 59, 63, 115, 116, 117, 207
Diabetes 19, 25, 32, 33, 45, 55, 163
Drugs 21, 58, 61, 62, 64
Eerstelijnszorg 16, 17, 41, 44, 45
Ethiek 102, 108, 206
Ethisch 18, 57, 103, 104, 108
Fraude 22, 112, 116, 118, 119
Gehandicapten 5, 16, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 95, 96, 164, 168, 169, 189, 190, 194, 197, 198, 206, 207, 208, 209, 211
Gelijke behandeling 82, 211
Geneesmiddelen 5, 12, 14, 15, 16, 24, 39, 44, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 114, 151, 153, 160, 164, 169, 170, 176, 179, 189, 191, 192, 193, 194, 206, 207, 208
GGZ 13, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 105, 127, 163, 207
Grote steden 66, 133, 135, 139
GR 31, 55, 159, 163, 207, 208
Handhaving 23, 30, 38, 39, 118
Handicap 18, 67, 75, 77, 79, 80, 82, 84, 92, 139, 211
Huisartsen 16, 23, 33, 42, 43, 44, 45, 102, 103, 104, 106, 107, 208
ICT 16, 17, 23, 35, 45, 46, 100, 105, 110, 208, 209
Indicatiestelling 13, 42, 59, 70, 72, 73, 81, 207
Infectieziekten 26, 32, 39, 151, 160, 163
Informatie 5, 7, 11, 17, 21, 23, 24, 30, 33, 34, 35, 40, 41, 47, 48, 49, 57, 66, 67, 73, 81, 82, 83, 85, 93, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 110, 118, 124, 125, 126, 127, 130, 131, 132, 134, 135, 140, 151, 154, 155, 159, 160, 162, 163, 166, 167, 169, 170, 178, 187, 188, 193, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 210, 211, 212
Innovatie 15, 16, 39, 54, 66, 98, 101, 102, 105, 126, 127, 131, 140, 208
Inspectie 5, 17, 32, 36, 68, 105, 125, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 169, 208
Integratie 9, 36, 39, 67, 73, 135, 139, 167, 211
Interculturalisatie 68
Internettoegankelijkheid 82
Jeugdagenda 21
Jeugdgezondheidszorg 27, 29, 34, 35, 208, 210
Jeugdzorg 6, 20, 21, 63, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 149, 150, 151, 154,

155, 173, 175, 204, 206
 Jong 20, 21, 30, 31, 37, 38, 63, 66, 67, 83, 123, 127, 128, 129, 133, 134,
 146, 157, 159, 206
 Kwaliteit 5, 6, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 25, 26, 27, 30, 34, 36, 37, 39, 40,
 45, 49, 51, 53, 56, 57, 63, 65, 66, 68, 70, 72, 75, 76, 84, 85, 86, 92, 95, 102,
 105, 107, 109, 125, 126, 127, 132, 134, 135, 139, 143, 146, 149, 154, 155,
 159, 162, 169, 175, 196, 204, 206, 208
 Leefstijl 19, 137, 161
 Letsel Informatie Systeem 38
 Lichaamsmateriaal 51, 56
 Lokaal 13, 14, 34, 66, 67, 124, 125, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 169,
 207, 208, 211
 Maatschappelijk werk 143, 146
 Maatschappelijke opvang 14, 58, 59, 66, 67, 136, 143
 Mantelzorg 92
 Medisch specialisten 43, 48, 190, 191
 Modernisering 5, 13, 17, 70, 74, 75, 86, 102, 103, 107, 149, 169, 175, 209
 Opleiding 5, 11, 14, 17, 18, 23, 35, 40, 42, 46, 48, 57, 92, 100, 102, 103,
 106, 107, 108, 137, 139, 169, 206, 209, 210
 Orgaandonatie 57
 Overgewicht 18, 25, 26, 30, 34, 35, 136
 Pakketmaatregelen 6, 12, 42, 45, 52, 114
 Palliatieve zorg 40, 46, 47, 92
 Participatie 56, 82, 83, 93, 94, 96, 124, 128, 132, 133, 162
 Persoonsgebonden 63, 74, 76, 77, 78, 88, 89, 209
 PGB 61, 70, 71, 74, 77, 78, 88, 89, 90, 191
 Premiemiddelen 27, 70, 87, 104, 112, 205
 Preventie 5, 20, 23, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 58, 61, 62, 67,
 68, 105, 107, 123, 128, 129, 169, 189, 190, 191, 194, 209, 210, 211
 Productveiligheid 26, 27, 37, 38, 39, 206
 Projectsubsidies 22, 26, 41, 51, 58, 59, 103, 132, 133, 138
 Regionaal 68, 95, 96, 97, 127, 129
 RGO 50, 164, 210
 RMO 161, 162, 210
 Roken 6, 12, 15, 17, 18, 20, 25, 30, 43, 52, 53, 54, 79, 92, 101, 114, 135,
 159, 168, 196
 RVZ 68, 162, 210
 SCP 82, 87, 158, 160, 161, 210
 Sport 5, 6, 7, 8, 19, 20, 21, 54, 99, 128, 131, 136, 137, 138, 139, 140, 141,
 160, 169, 170, 172, 175, 206, 207, 209, 211
 Subsidiebeleid 22, 49, 59, 93, 131, 147, 168, 204
 Technologie 5, 51, 102, 105, 106, 151, 159, 164, 169, 189, 194, 208
 Tender 129
 Thuiszorg 85, 89, 92, 116, 119, 192, 193, 208
 Toegankelijkheid 6, 9, 12, 26, 27, 45, 53, 66, 68, 82, 86, 87, 124, 128
 Topsport 20, 137, 138, 140, 141, 206
 Transplantaten 51, 56, 189, 194
 Treeknorm 14
 Tweede Wereldoorlog 142, 147, 148, 211
 Vaccinatie 19, 25, 28, 29, 32, 33, 36, 163, 185, 210
 Veiligheid 17, 19, 25, 32, 37, 38, 41, 49, 51, 56, 57, 65, 102, 105, 106, 135,
 149, 150, 153, 162, 163, 164, 206
 Vergrijzing 21, 33, 38, 93, 160, 162
 Verpleging 5, 14, 15, 17, 86, 89, 90, 93, 106, 115, 169, 189, 190, 194, 208,
 211
 Verslavingszorg 5, 58, 59, 61, 62, 63, 65, 67, 68, 136, 143, 169, 189, 194,
 196

Vervoer 16, 18, 30, 42, 43, 44, 49, 95, 96, 97, 114, 143, 192, 207
Verzorging 5, 15, 17, 64, 86, 89, 90, 93, 106, 169, 189, 190, 194, 197, 198,
208, 211
Voeding 18, 21, 30, 31, 34, 36, 37, 125, 137, 140, 160, 163
Voedselveiligheid 36, 204
Voorzitterschap 6, 21, 53, 54, 55, 128, 140, 147, 158, 159, 160, 163
Vraagsturing 74
Vrijwilligerswerk 129, 132, 133, 134, 210
Waarborgen 50, 51, 65, 67, 124, 125, 143, 204
Wachtlĳst 15, 20, 24, 28, 42, 57, 60, 64, 71, 73, 75, 76, 79, 80, 81, 84, 87,
88, 92, 113, 126, 190, 192
Wachttijd 14, 15, 20, 64, 65, 73, 81
Welzijnsnota 131
WMO 13, 23, 53, 54, 86, 91, 95, 131, 134, 167
Ziekenhuizen 12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50,
53, 56, 57, 60, 67, 103, 105, 108, 109, 115, 117, 152, 181, 188, 190, 191, 196,
197, 198, 203, 206, 209
Ziekteverzuim 98, 100, 192, 194
Zorgaanbieder 6, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 22, 44, 46, 47, 73, 80, 81, 86, 109,
110, 116, 127
Zorgverzekeraars 6, 9, 12, 17, 44, 47, 48, 53, 54, 81, 102, 109, 110, 116,
118, 203, 211, 212
Zorgverzekeringen 5, 9, 10, 11, 32, 104, 109, 113, 118, 119, 120, 169, 189,
190, 194, 203, 205, 207